



คู่มือปฏิบัติงาน
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับ
การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

พว. ศลิษา สุภชัยพานิชพงศ์
หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะเวลาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเนื่องจากความรุนแรงของโรค และความเจ็บปวดจากมะเร็งที่แพร่กระจาย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ในปัจจุบันการรักษามะเร็งท่อน้ำดีมีความก้าวหน้ามากขึ้น ได้มีการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการรักษาที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ทั้งยังช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานได้

คู่มือปฏิบัติงาน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยรวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน การเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อน และหลังได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทางการพยาบาล การสอบถามผู้รู้และจากประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ศลิษา สุภชัยพานิชพงค์

มิถุนายน 2561

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณบุคคลที่มีส่วนในความสำเร็จในการจัดทำคู่มือครั้งนี้ คือ คุณนิตยา ไกรวงศ์ ผู้ตรวจการพยาบาล คุณณัฐรุจาห์ สุกแดง หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 ที่คอยสนับสนุน และส่งเสริมให้มีการจัดทำคู่มือเล่มนี้เกิดขึ้น สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คุณสุธิสา เต็มทับ ผู้ตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหาให้คู่มือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันทางเดินอาหารและ ตับ สำหรับการเอื้อเฟื้อสถานที่และข้อมูล ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมถึงข้อมูลเชิง ปฏิบัติประกอบการเขียนคู่มือเล่มนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยที่อนุญาตให้ถ่ายภาพ เพื่อนำมาเผยแพร่ หากคู่มือมีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนมีความยินดีน้อมรับคำแนะนำและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นจาก ผู้อ่านทุกท่าน เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ศลิษา สุขชัยพานิชพงศ์

มิถุนายน 2561

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
รายการตาราง	จ
รายการภาพประกอบ	ฉ
รายการแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขต	2
นิยามศัพท์เฉพาะ/คำจำกัดความ	2
บทที่ 2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	3
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	3
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	3
โครงสร้างการบริหาร	8
บทที่ 3 หลักเกณฑ์ปฏิบัติงาน	11
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	11
เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ต้องคำนึงในการปฏิบัติงาน	16
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
บทที่ 4 เทคนิคในการปฏิบัติงาน	32
แผนปฏิบัติงาน	32
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	33
วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	44
กรณีศึกษา	44
จรรยาบรรณและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน	50
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน	52
บรรณานุกรม	54

ภาคผนวก ก	59
ภาคผนวก ข	60
ภาคผนวก ค	61
ภาคผนวก ง	62
ภาคผนวก จ	63
ภาคผนวก ฉ	64
ประวัติผู้เขียน	66

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน	52

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	ตำแหน่งการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี	20
2	การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน	23
3	เครื่องเอกซเรย์ระบบฟลูออโรสโคป (fluoroscope)	23
4	กล้องที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธี ERCP	23
5	ท่อระบายน้ำดีชนิดพลาสติกที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธี ERCP	24
6	2% lidocaine viscous	25
7	10% lidocaine spay	25
8	บริเวณที่พ่นยาชา	25
9	ภาพแสดงขั้นตอนการเปิดทางเดินหายใจ (jaw thrus)	26
10	อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจส่วนบน (oropharyngeal airway) ขนาดต่างๆ	27
11	ท่านอนผู้ป่วยขณะทำการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน	27
12	ขณะแพทย์ส่องกล้องในปากและผ่านเข้าไปในลำคอผู้ป่วย	28
13	เอกซเรย์ดูความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อนภายใต้การใช้รังสี (fluoroscopic guidance)	29
14	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเปลนอนโดยใช้สไลด์	37
15	ระดับองศาเตียงที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังรักษาด้วยวิธี ERCP	38
16	การประเมินอาการปวดและกดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)	39
17	การประเมินปฏิกิริยาการกลืน (gag reflex)	40

รายการแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 โครงสร้างองค์กร (Organization Chart)	8
2 โครงสร้างการบริหาร (Administration Chart)	9
3 โครงสร้างการปฏิบัติงาน (Activity Chart)	10
4 แผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP)	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma: CCA) เป็นมะเร็งปฐมภูมิจากความผิดปกติของเซลล์ตับ ที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma)¹ และเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ซึ่งจะพบได้มากในประชากรทวีปเอเชีย² สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับ 1 โดยร้อยละ 83.9 เป็นมะเร็งตับ และร้อยละ 16.1 เป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁴ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ที่มารับบริการจะเป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค โดยมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ และมักมีการกระจายของมะเร็งทั้งภายในและภายนอกตับ⁵ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยพบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 5 – 10⁶

การรักษาที่มุ่งหวังการหายขาด (curative) มีเพียงวิธีเดียว คือ การผ่าตัด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามหรือการเกิดซ้ำของโรคภายหลังการผ่าตัด² โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงสำคัญ คือ ร้อยละ 67.3 มีอาการตัวเหลือง ร้อยละ 37.8 ปวดท้อง และ ร้อยละ 16 มีไข้⁷ ซึ่งอาการแสดงดังกล่าวเกิดจากภาวะท่อน้ำดีอุดตันและส่งผลให้เกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต การรักษาที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานได้ เช่น การใส่สายระบายท่อน้ำดีทางเดินน้ำดี (percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) และการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) เป็นต้น⁸

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถช่วยให้การระบายของน้ำดี ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)³ ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีปัญหาเรื่องท่อน้ำดีอักเสบจากการอุดตันของท่อน้ำดี สามารถจัดการปัญหาได้ ร้อยละ 75⁹ และจากการศึกษาของ Inamdar และคณะ¹⁰ พบว่า การรักษาด้วยวิธี ERCP พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 2.62 เมื่อเทียบกับ PTBD ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 4.16 นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาด้วยวิธี ERCP สั้นกว่าการรักษาด้วยวิธีการทำ PTBD เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่า การรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี¹⁰

ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธี ERCP จะเป็นวิธีที่มีประโยชน์และสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยได้ แต่การรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่รุกล้ำเข้าสู่ร่างกาย (invasive)

ของผู้ป่วย ดังนั้น เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากประสบการณ์การทำงาน พบว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหา เช่น อาการปวดท้องจากภาวะตับอ่อนอักเสบ ภาวะติดเชื้อ การอักเสบของท่อน้ำดีซ้ำ อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีปัญหาโรคร่วม เช่น โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ไม่ได้รับการดูแลให้ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แต่ไม่มีการแก้ไขก่อนทำหัตถการหรือการเตรียมเลือดไม่พร้อม หากพยาบาลไม่มีการประเมินและเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการปัญหา ส่งผลให้ต้องเลื่อนการทำ ERCP ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของตัวโรคของผู้ป่วยได้ เป็นต้น ดังนั้น จึงได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
3. ใช้ในโรงพยาบาลใหม่และบุคลากรที่มึสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขต

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาล มีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

นิยามศัพท์เฉพาะ/คำจำกัดความ

มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma: CCA) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเยื่อบุของทางเดินน้ำดี ทั้งชนิดที่เกิดภายในเนื้อตับและภายนอกตับ

การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) หมายถึง การใช้กล้องส่องเข้าไปทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

จนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กแล้วฉีดสารทึบรังสีและถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน สำหรับคู่มือเล่มนี้จะใช้คำว่า การรักษาด้วยวิธี ERCP แทนการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

การปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ระดับตำแหน่งชำนาญการ ณ หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นการให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย และทุกโรค โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ทักษะ และประสบการณ์สูงในงานด้านการพยาบาล รวมทั้ง ศึกษา ค้นคว้า สืบค้นความรู้ และงานวิจัย นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงาน ด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 มีจำนวนเฉลี่ย 3 คนต่อเดือน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเพื่อทำหัตถการที่สำคัญ คือ การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) การสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและมีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับชำนาญการ นอกจากนี้ การปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าเวรโดยมีหน้าที่ควบคุมกำกับ ติดตามให้คำปรึกษา นิเทศการปฏิบัติงาน ของบุคลากร การบริหารจัดการเตียง อัตรากำลัง สิ่งแวดล้อม และการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้ และการแก้ไขปัญหาในกรณีที่เกิดความไม่พึงพอใจของผู้บริการโดยใช้กระบวนการ พลิกฟื้นสถานการณ์สู่การบริการที่ดี (service recovery process)

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนต้อง ให้บริการโดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ภายใต้ระบบการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้น การให้บริการที่สอดคล้องกับสภาวะโรคของผู้ป่วยและการพยาบาลในโรคที่ซับซ้อน โดยถูกต้องตาม หลักวิชาชีพและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สำหรับลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพ มีลักษณะงานในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เฉลิมพระบารมี 12 โดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม การประเมินสภาพด้านร่างกายและจิตใจและประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน สังเกตและวิเคราะห์อาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เฝ้าระวังปัญหาและภาวะแทรกซ้อน วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประเมินผลการรักษาพยาบาลหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วย เพื่อติดตามผลสำเร็จของการพยาบาล รวมทั้งบันทึกข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล หรือบันทึก อื่น ๆ ของหน่วยงาน ตลอดจนส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากโรคร้ายในเวลาอัน รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

1.2 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ตามมาตรฐาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการ ERCP ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยนำหลัก การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุร่วมกับความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธี ERCP มาบูรณาการและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดการความปวด การดูแลให้การพยาบาลและให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การรักษาด้วยวิธี ERCP การเฝ้าระวังติดตามอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นต้น

1.3 ปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารยาที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษา ด้วยวิธี ERCP เช่น ยาลดปวด ยาระงับความรู้สึก และยากกระตุ้นความดันโลหิต กรณีผู้ป่วยหลังทำ ERCP แล้วมีความดันโลหิตต่ำ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและอาการ ข้างเคียงที่สำคัญของยาเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

1.4 ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ในระยะวิกฤต โดยให้การช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว หรือหัวใจหยุดเต้นเพื่อประคองอาการของผู้ป่วยและช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาจากแพทย์ สังเกต และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลและ แก้ไขภาวะวิกฤตที่จะคุกคามชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.5 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่มีความปวด ซึ่งโรคมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งหัตถการ ERCP ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการประเมินความเจ็บปวด การบริหารยาลดปวดอย่างเหมาะสม และมีความรู้ในเรื่อง อาการข้างเคียง ของยาลดปวดแต่ละชนิดเป็นอย่างดี รวมถึงการบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น

การพูดคุย การสัมผัส การปลอบโยน การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ทรมาน จากความเจ็บปวด หรือให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดน้อยที่สุด

1.6 ปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องเพื่อใช้ในการตรวจประเมินความผิดปกติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP หรือสามารถประเมินความผิดปกติของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (ECG monitor) เครื่องติดตามระดับออกซิเจนในเลือดชนิดต่อเนื่อง (pulse oximetry) เครื่องควบคุมการให้สารละลาย (infusion pump/ syringe pump) เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (defibrillator) เป็นต้น

1.7 ปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พึ่งพู่สุขภาพ แก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP และครอบครัว โดยการสอนให้คำแนะนำ ชี้แนะ สาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องปัญหาทางสุขภาพ การปรับตัว การดูแลตนเอง ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกำเริบและกลับเป็นซ้ำของโรคและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การอุดตันลำไส้เข้าปอด ระดับความรู้สึกตัวลดลง และอาการปวด เป็นต้น

1.8 ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรในการเป็นผู้นำ มอบหมายงานให้กับเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา ในหน่วยงานตามความรู้ความสามารถ และติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวางแผน

2.1 วางแผนการบริหารบุคลากรในหน่วยงาน เช่น การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานในแต่ละเวร การปรับเปลี่ยนอัตรากำลังในกรณีมีเจ้าหน้าที่ลาป่วย ลากิจ เป็นต้น

2.2 วางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานตามขอบเขต เป้าหมาย ตัวชี้วัด และข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ

2.3 นิเทศงานให้กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพยาบาลใหม่ คือ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล เพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

3. ด้านการประสานงาน

3.1 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่คลังเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี ERCP ได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

3.2 ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เช่น หน่วยสิทธิประโยชน์ การเงิน หน่วยเครื่องมือแพทย์ในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี ERCP รวมถึงการบำรุงรักษาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ

3.3 ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP กลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน

4. ด้านการบริการ

4.1 ให้คำปรึกษาแนะนำหรือเพิ่มเติมความรู้แก่บุคลากรระดับรองลงมา ได้แก่ พยาบาลใหม่ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP

4.2 ให้บริการด้านการเรียนการสอนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP และร่วมกิจกรรมการประชุมวางแผนก่อนและหลังให้การพยาบาล (pre-post conference) ร่วมกิจกรรมการนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจ (case seminar) เป็นต้น

4.3 ให้บริการด้านการเรียนการสอน โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่มีคุณภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ

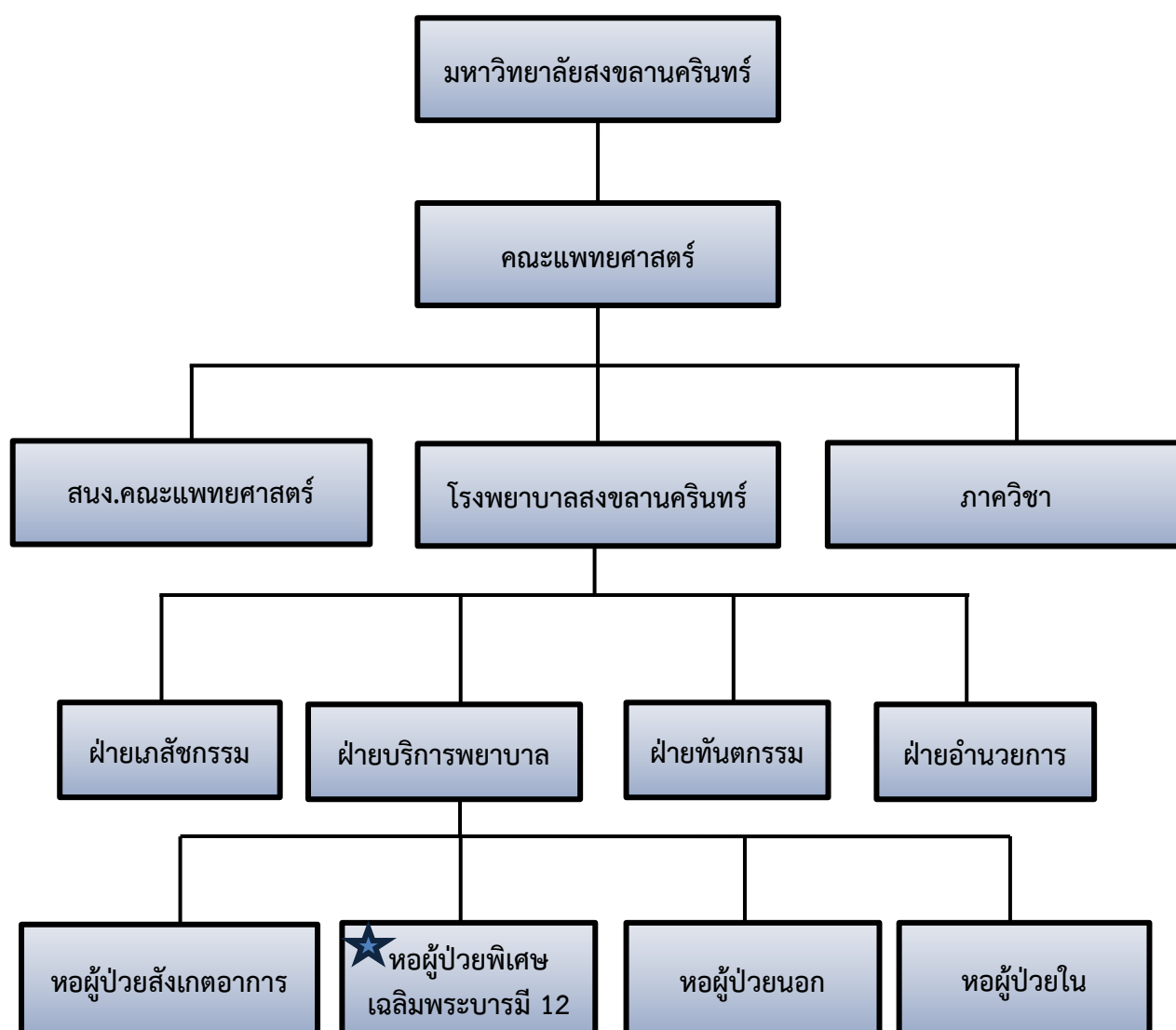
4.4 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ เพื่อพิจารณาหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม ตลอดจนจัดทำมาตรฐานการพยาบาลมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีมาตรฐานที่สูงขึ้น ได้แก่ โครงการความเสี่ยงพลัดตก/หกล้ม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยใช้หลัก DMETHOD เพื่อนำไปสู่การให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

โครงสร้างการบริหารจัดการ

ฝ่ายบริการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่อยู่ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีโครงสร้างการบริหารจัดการ ดังนี้

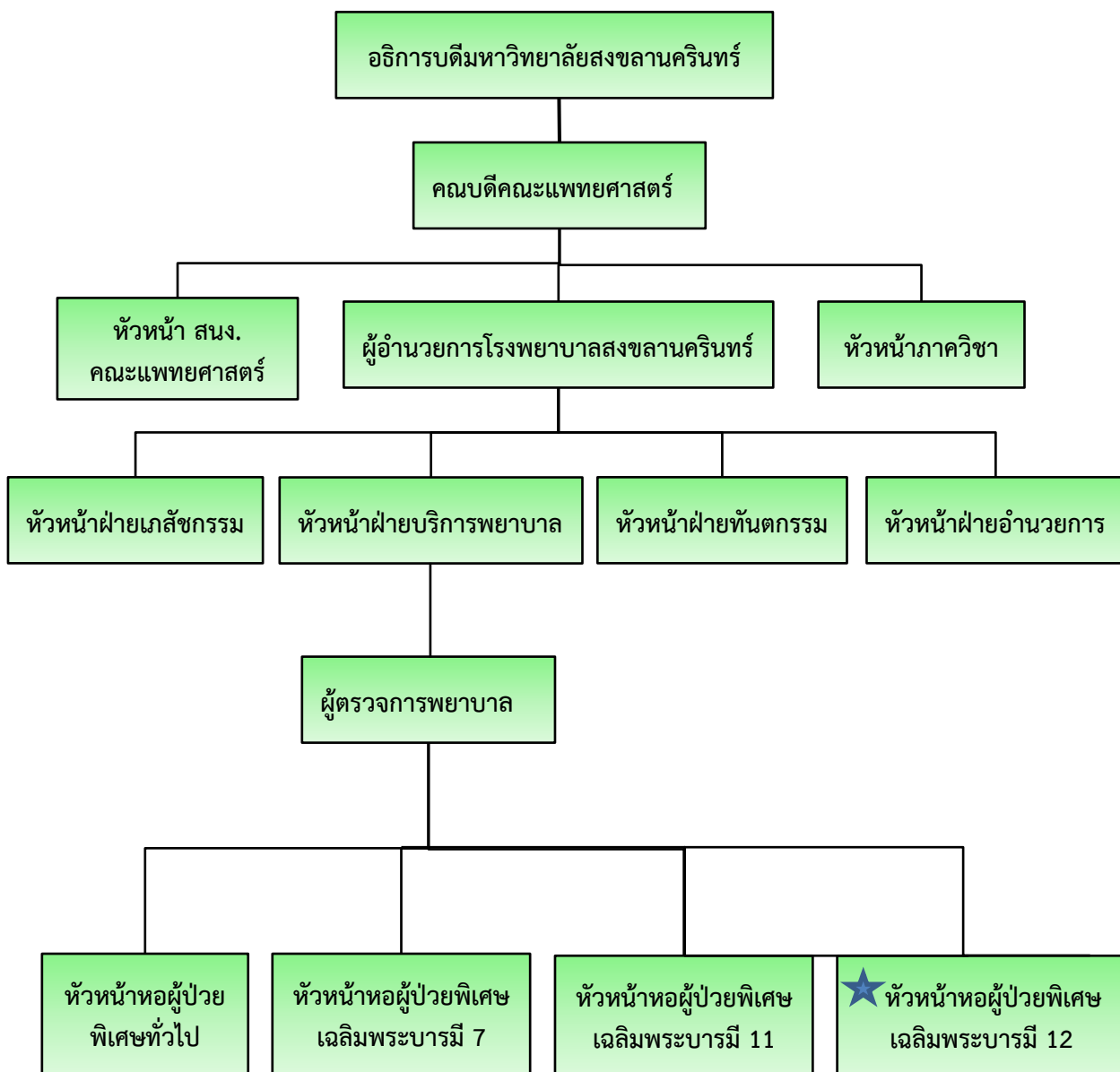
1. โครงสร้างขององค์กร (Organization chart) (แผนภูมิ 1)
2. โครงสร้างการบริหาร (Administration chart) (แผนภูมิ 2)
3. โครงสร้างการปฏิบัติงาน (Activity Chart) (แผนภูมิ 3)

โครงสร้างองค์กร (Organization Chart)



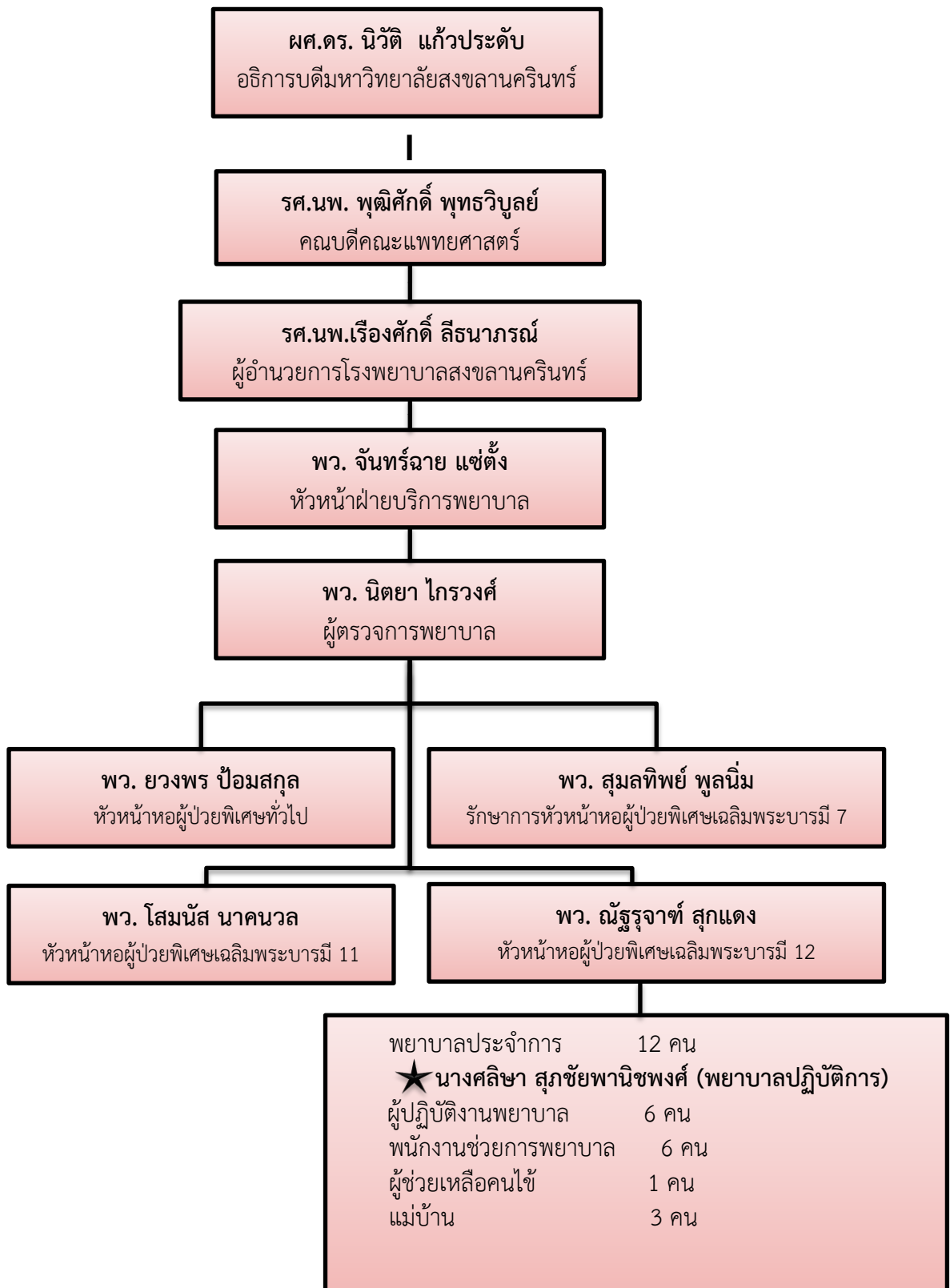
แผนภูมิ 1 โครงสร้างองค์กร (Organization Chart)

โครงสร้างการบริหาร



แผนภูมิ 2 โครงสร้างการบริหาร (Administration chart)

โครงสร้างการปฏิบัติงาน



แผนภูมิ 3 โครงสร้างการปฏิบัติงาน (Activity Chart)

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงานและเงื่อนไข

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีใช้หลักเกณฑ์การปฏิบัติติดตามพันธกิจของฝ่ายบริการพยาบาล ร่วมกับค่านิยมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมุ่งเน้นหลักการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยให้ได้คุณภาพปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้นงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยวิธี ERCP ได้แก่ มีการทะลุของอวัยวะ การอุดตันสำคัญ ภาวะตับอ่อนอักเสบ การอุดตันท่อน้ำดีจากการเป่าลม เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยจะยึดหลักจริยธรรมทางการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความทักษะในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สถานบันทางเดินอาหารและตับ นันทนา เกรียงไกร โชติวัฒน์นะพันธุ์ และเกสัชกร เป็นต้น

วิธีการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายของโรคมะเร็งซึ่งมีปัญหาเรื่องตัวตาเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) และอาการคันตามร่างกาย (pruritus) การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนและสามารถช่วยระบายน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)³ จึงเป็นการรักษาที่มีประโยชน์ สามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นหลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)³

จากการศึกษาของ Aujla และคณะ⁴⁴ พบว่า การส่องกล้องใส่ท่อระบายน้ำดีชนิดโลหะภายในร่างกายเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการซึ่งสามารถเพิ่มทั้งอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดได้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเสริมใด ๆ โดย พบว่า ผู้ป่วยหลังใส่ท่อลดค่าของท่อน้ำดีที่ตีตันมีระดับบิลิรูบินรวม (total bilirubin) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบค่าบิลิรูบินรวมก่อนการรักษา 238 มิลลิโมล/ลิตร และหลังการรักษา 39 มิลลิโมล/ลิตร และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี

ERCP ด้วยการใส่ท่อระบายน้ำดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่ากลางการรอดชีวิตยาวนานขึ้น (median survival) 8 เดือน

วิธีปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio – ancreatography: ERCP) โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน ดังนี้¹¹

1. การประเมินสภาพ (assessment)

การประเมินสภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP พยาบาลจะต้องประเมินสภาพให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวมทั้งประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลของญาติผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การประเมินสภาพที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

1.1 การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการดำเนินของโรค ประวัติการรักษาปัจจุบัน ประวัติการได้รับยาโดยเฉพาะการใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด เนื่องจากผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะต้องหยุดยาในกลุ่มนี้ 7 วันก่อนทำหัตถการ ประวัติการแพ้ยาและการแพ้อาหารเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ต้องได้รับการฉีดยาที่บ่งชี้ในการตรวจหาความผิดปกติ หากผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาหรืออาหารจึงเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดการแพ้สารที่บ่งชี้

1.2 การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินอาการแสดงของโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นปัญหาด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น อาการปวดท้อง อาการแน่นท้อง การรับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นต้น

1.3 การประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียด ทั้งของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย อาจมีกังวลเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย และกังวลเกี่ยวกับอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP

1.4 การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการรักษาด้วยวิธี ERCP ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (completed blood count: CBC) การตรวจสารที่เกี่ยวข้องกับการหน้าที่การทำงานของตับ (liver function test) การตรวจสารเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของไต (BUN, Creatinine) การตรวจสารเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (Thrombin time, Prothrombin time) ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น หากพบสิ่งผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและวางแผนกำหนดการให้การรักษาด้วยวิธี ERCP ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ต่อไป

2. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan)

เป็นขั้นตอนการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริง จนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มีปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นในช่องท้อง ผู้ป่วยมีผิวหนังอักเสบจากอาการคัน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยที่อาจเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการส่องกล้อง ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากอาการแน่นอึดอัดท้องจากการได้รับการเป่าลมเข้าไปในลำไส้ ขณะทำ ERCP ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการอักเสบหรือติดเชื้อในท่อน้ำดีและตับอ่อนภายหลังการส่องกล้องรักษา เป็นต้น

กำหนดกิจกรรมการพยาบาลโดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและมีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น แนวปฏิบัติการจัดการความปวด แนวทางการส่งเสริมการรับประทานอาหาร หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP หลักการเฝ้าระวังและติดตามอาการภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นต้น

3. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention)

เป็นขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP การปฏิบัติการพยาบาลต้องใช้ทักษะความชำนาญและประสบการณ์ในการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง เฝ้าระวังติดตามอาการ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเชิงคลินิกอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน มีรายละเอียด ดังนี้ ^{11, 39, 45}

3.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน มีดังต่อไปนี้ (1) ตรวจสอบการลงนามในหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่องการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (2) ตรวจสอบสิทธิในการรักษาพยาบาล รวมทั้งประเมินค่ารักษาในการรักษาพยาบาล (3) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรักษาด้วยวิธี ERCP วิธีการขั้นตอน การทำระหว่างอยู่ในห้องตรวจ การดูแลก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น การป้องกันดูแลและรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP และ (4) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ได้แก่

การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดในกรณีที่มีค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 80,000 เซลล์/ลูกบาศก์ มิลลิเมตร และค่าการแข็งตัวของเลือด มากกว่า 1.5 เท่า การดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจที่อาจเกิดจากการสูดสำลัก การดูแลความสะอาดของปากฟัน และถอดเก็บฟันปลอม การดูแลผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงให้ได้รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ตามแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่มีเบาหวานให้ได้รับสารน้ำและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

3.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและดับอ่อน มีดังต่อไปนี้ (1) การดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารต่ออีก 24 ชั่วโมง โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา (2) การเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง ภาวะดับอ่อนอีกเสบ ภาวะท่อน้ำดีอักเสบ และการสูดสำลักเข้าปอด เป็นต้นด้วยการติดตาม สัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิกายซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อกระบวนการอักเสบ การติดตาม ระดับความรู้สึกตัวด้วย sedation score เพื่อประเมินผลของการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาลดปวด การติดตามอาการปวดท้อง (3) การดูแลจัดการอาการตามแนวปฏิบัติ เช่น การจัดการความปวด⁴⁶ ประกอบด้วย การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ทุก 2 - 4 ชั่วโมง การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาลดปวด โดยส่วนใหญ่จะใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ชนิดแรง ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) ซึ่งเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงให้ทางหลอดเลือดดำ ยาจะออกฤทธิ์ใน 5 นาที ระยะเวลาแก้ปวดนาน 3-4 ชั่วโมง และเฟนทานิล (fentanyl) ให้ทางหลอดเลือดดำยาจะออกฤทธิ์ภายใน 3 นาที และระยะเวลาการระงับปวดนาน 1-3 ชั่วโมง ร่วมกับการจัดการ ความปวดโดยไม่ใช้ยาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การกำหนดการหายใจเพื่อลดปวด การผ่อนคลาย เป็นต้น การประเมินผลการจัดการความปวดเพื่อพิจารณาปรับทั้งวิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยาเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสังเกตผลข้างเคียงของยาระงับปวดโดยใช้การประเมินภาวะง่วงซึม ของผู้ป่วย (sedation score) และเตรียมการเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที และการบันทึกการพยาบาล ในการจัดการความปวด

4. การประเมินผล (evaluation)

เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินผล เพื่อตรวจสอบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยและ ญาติได้หรือไม่ รวมทั้งประเมินสภาพเพิ่มเติมเพื่อการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติได้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งปัญหาที่อาจเกิดขึ้นใหม่และภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่อาจเกิดจากอาการ ความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP

5. การบันทึกทางการพยาบาล (Nursing record)

เป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้อง เป็นจริงและครอบคลุม เป็นหลักฐานการให้บริการการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจหลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ยังครอบคลุมการถึงการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องภาวะสุขภาพของตนเอง พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยใช้หลักการวางแผนจำหน่ายแบบ D-M-E-T-H-O-D มีรายละเอียด ดังนี้

D = Disease ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP และญาติต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการพยากรณ์ของโรค

M = Medication ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำ ERCP ควรมีความรู้ในเรื่องของยาที่ได้รับ ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะมีอาการปวดท้องต้องได้รับยาแก้ปวดไปรับประทานต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดแบบเป็นครั้งคราวเมื่อมีอาการ พยาบาลจำเป็นต้องสอนให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด กลัวการติดยาแก้ปวดทำให้กลัวการรับประทานยาระงับปวด พยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก้ปวด วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวด เพื่อให้การควบคุมความปวดมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP บางรายจะมีอาการคันตามตัว จำเป็นต้องรับประทานยาแก้คันผู้ป่วยจะต้องทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแก้คัน

E = Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสม การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจด้านสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง พยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งในรายที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายอาจต้องมีการส่งปรึกษาหน่วยสิทธิประโยชน์เพื่อขออนุมัติค่าใช้จ่ายในการรักษา

T = Treatment ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของตนเองได้ด้วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะต้องรู้วิธีการรักษาว่าทำอย่างไร มีขั้นตอนการดูแลตนเองก่อนและหลังรักษาด้วยวิธี ERCP อย่างไร มีภาวะแทรกซ้อน

อะไรบางอย่างที่จะเกิดขึ้นได้ และดูแลตนเองอย่างไรเพื่อบรรเทาอาการ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP หลังทำมักจะมีอาการปวดแน่นท้องพบบาลต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อจัดการกับอาการดังกล่าว และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ปวดแน่นท้องมากขึ้น มีไข้สูง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายแต่พอควร หรือทำงานเบาๆ รวมทั้งการปรับตัวต่อการส่งเสริมฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วย เช่น ถ้ามีอาการคันจากดีซ่านต้องทำอะไร

O = Outpatient referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ตามที่แพทย์นัด และต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากที่ใดได้บ้าง กรณีมีภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน ผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบเกี่ยวกับเอกสารใบสรุปการรักษาว่ามีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการตรวจรักษา ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อเวลาฉุกเฉินจะได้นำไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรักษาอาการฉุกเฉินเร่งด่วน ก่อนจะส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

D= Diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ

เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) มีข้อควรคำนึงถึงในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ประกอบด้วย 2 ข้อบ่งชี้หลัก คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องท่อน้ำดีและผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ตับอ่อน³⁴⁻³⁵ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องท่อน้ำดีที่พบได้บ่อย ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีปัญหาอุดกั้นท่อน้ำดี จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีไปถ่ายขยายหลอดของท่อน้ำดี (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหานิวในท่อน้ำดีร่วม (choledocholithiasis) และ (3) ผู้ป่วยที่มีปัญหารั่วซึม

ของท่อน้ำดี (bile leaks) ความผิดปกติของหูรูดท่อน้ำดี (sphincter of oddi dysfunction) การผ่าตัดท่อน้ำดี (choledochoscopy) และความผิดปกติของแอมพูลลา (ampullary lesions)

1.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาตับอ่อน ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (recurrent acute pancreatitis) (2) ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis) และ (3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรั่วของท่อตับอ่อน (pancreatic duct leaks and fluid collections)

2. ข้อห้ามในการเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบข้อห้าม (contraindication) สำหรับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน³⁴⁻³⁵ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันของกล่องเสียงและหลอดอาหาร (pharyngeal or esophageal obstruction)

2.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (active coagulopathy) ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก

2.3 มีประวัติแพ้สารทึบรังสีที่รุนแรง (anaphylactic reaction to contrast)

3. ข้อควรระวังในการใช้ยาระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนอาจมีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และอาการพิษจากลิโดเคน ได้แก่

3.1 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ

(1) ทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction) เนื่องจากหลังได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะหลับ ลิ้นของผู้ป่วยมีโอกาสอุดตันบริเวณคอหอยส่วนบน

(2) การหายใจน้อยกว่าปกติ (hypoventilation) หรือการกตการหายใจ การบริหารยาระงับความรู้สึกมากกว่า 1 ตัว ยาจจะเสริมฤทธิ์กัน เช่น การใช้ยามิดาโซแลมร่วมกับยาเฟนทานิล อาจกตการหายใจได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

(3) กล่องเสียงหดเกร็ง (laryngospasm) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก แต่ผู้ป่วยยังไม่หลับลึกพอ การใส่กล้องอาจเป็นการกระตุ้นให้มีภาวะกล่องเสียงหดเกร็งได้และจะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมา

(4) การสูดสำลักเข้าปอด (aspiration pneumonia) ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการสูดสำลัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ระยะในทำหัตถการการส่องกล้องเป็นเวลานาน

3.2 ภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีผลต่อความดันโลหิต โดยมักจะทำให้ความดันโลหิตลดลง หรือในผู้ป่วยที่รักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ มักทำให้ความดันโลหิตไม่คงที่

3.3 อาการจากพิษของลิโดเคน จากการใช้ยาที่มากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนศีรษะ ง่วง ซึม ซาบบริเวณลิ้นและริมฝีปาก หูอื้อ ตาพร่า ชักหมดสติ และหัวใจหยุดเต้นได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและใช้เครื่องมือประเมินภาวะง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) โดยประเมินตามคะแนน มี 4 ระดับ ดังนี้

0 = ไม่ง่วงซึม ตื่นสดชื่นดี พูดคุยโต้ตอบได้

1 = ง่วงซึมเล็กน้อย นอนหลับๆ ตื่นๆ ปลุกตื่นง่าย สามารถถามตอบได้อย่างรวดเร็ว

2 = ง่วงซึมปานกลาง ง่วงบ่อย หรือตลอดเวลา แต่ปลุกตื่นง่าย ตอบคำถามได้ช้า หรือไม่ซ้ำก็ได้ แต่พูดคุยได้สักครู่จะอยากหลับต่อ

3 = ง่วงซึมอย่างรุนแรง หลับมาก ปลุกตื่นยาก ไม่ได้ตอบ

ทั้งนี้ พยาบาลควรรายงานแพทย์ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะง่วงซึมระดับ 2 และ 3

4. ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

ภายหลังการได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

4.1 ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) ผู้ป่วยที่มีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน หลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยจะมีอาการปวดท้องไม่รุนแรงจนถึงมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงอย่างทันทีทันใด เนื่องจากการอักเสบจะเป็นอยู่เพียงชั่วคราวและมีค่าเอนไซม์ของตับอ่อนเพิ่มขึ้นชั่วคราว หลังจากนั้นเซลล์ของตับอ่อนจะฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ จากการศึกษาของ Katsinelos และคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยวิธี ERCP มีภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 4.9 ซึ่งภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ส่งผลให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น¹³ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะตามมาจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ฝีตับอ่อน (pancreatic abscess) และภาวะช็อก เป็นต้น

4.2 ภาวะเลือดออก (hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อย แต่มีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยบางรายเลือดที่ออกสามารถหยุดได้เอง แต่ในบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด จากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จำนวน 2,715 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4.5 เกิดภาวะเลือดออกหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP¹² ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยการประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าเกล็ดเลือด รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออก

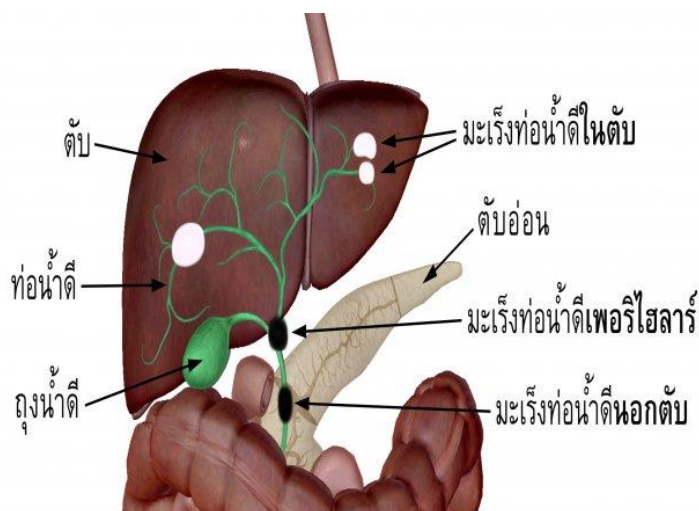
4.3 อาการปวดท้อง (abdominal pain) เป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้าย โดยอาการปวดท้องจะมีลักษณะปวดบริเวณลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา โดยมีลักษณะการปวดแบบตื้อๆ แน่นๆ หรืออึดแน่นท้อง อาจมีร้าวไปบริเวณไหล่ขวาหรือสะบักขวา การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีอาการปวดท้องร้อยละ 48.5¹⁴

4.4 การสูดสำลักเข้าปอด (aspiration pneumonia) จากการได้รับยาระงับความรู้สึกขนาดสูงขณะทำหัตถการ ซึ่งผู้ป่วยบางรายยังคงมีระดับความรู้สึกตัวลดลงในระยะแรกหลังกลับจากห้องกล้อง พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการกลืน ทำให้เกิดการสูดสำลักเข้าปอดได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 1,600 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP พบว่า ผู้ป่วยเกิดการสูดสำลักร้อยละ 3.43 ผู้ป่วยที่เกิดการสูดสำลักเข้าปอดต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและต้องได้รับยาฆ่าเชื้อเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 11.4 วัน¹⁵

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งท่อน้ำดีและการรักษาด้วยการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP)

1. มะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ท่อน้ำดีทั้งภายในเนื้อตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) และภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma)¹⁶ ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการจะเป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค โดยมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และมักมีการกระจายของมะเร็งทั้งภายในและภายนอกตับ⁵ จากการศึกษาของ Vasilieva และคณะ¹⁷ พบว่า ตำแหน่งการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับมากที่สุด โดยตำแหน่งที่พบบ่อย คือ บริเวณขั้วตับ (hilar cholangiocarcinoma) ร้อยละ 54.3 บริเวณท่อน้ำดีส่วนล่าง (lower third of the bile duct) ร้อยละ 39.1 และภายในเนื้อตับ ร้อยละ 6.5 โดยตำแหน่งการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีแสดงดัง (ภาพ 1)



ภาพ 1 ตำแหน่งการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

<http://daily.bangkokbiznews.com/detail/235157>¹⁸

สาเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดียังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ท่อน้ำดีอักเสบแข็งชนิดปฐมภูมิ (primary sclerosing cholangitis) และภาวะถุงน้ำในท่อน้ำดี (biliary-duct cysts)¹⁹ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ Poomphakwaen และคณะ²⁰ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติพบไข่พยาธิในอุจจาระมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี 2.99 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Songserm และคณะ²¹ พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานปลาดิบทุกวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ($p < 0.001$) การรับประทานเนื้อสด (beef sausage) ($p = 0.02$) และการรับประทานผักสด ($p = 0.004$)

อาการและอาการแสดงของมะเร็งท่อน้ำดี มีแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ตำแหน่งการเกิด และสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับส่วนใหญ่มีอาการและอาการแสดงจากภาวะท่อน้ำดีอุดตัน เช่น ตัว ตาเหลือง อุจจาระสีซีด (pale stools) ปัสสาวะสีเข้ม (dark urine) ความผิดปกติของหน้าที่ของตับ (abnormal liver function tests) และอาการคัน (pruritus) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับจะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้อง²² โดยอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ ปวดท้อง ร้อยละ 48.5 และตัวตาเหลือง (jaundice) ร้อยละ 14.2¹⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 73.9 มีอาการตัวตาเหลืองจากทางเดินน้ำดีอุดตันโดยไม่มีอาการปวดท้องรุนแรง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีค่าบิลิรูบินรวม (total bilirubin)

เพิ่มสูงขึ้น โดยพบค่าบิลิรูบินรวมเฉลี่ย 11.9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร¹⁷ ซึ่งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งท่อน้ำดี

การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี ในปัจจุบันสามารถวินิจฉัยได้จากหลายวิธีด้วยกัน โดยการวินิจฉัยเบื้องต้นจะเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (tumor marker) ที่สำคัญ คือ การตรวจระดับคาซิโนเอมโบรยอนิก (carcinoembryonic antigen: CEA) และระดับซีเอ 19-9 (CA 19-9) ส่วนระดับอัลฟาฟิโตโปรตีน (alpha fetoprotein: AFP) จะใช้ในการตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกรมะเร็งท่อน้ำดีออกจากมะเร็งตับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเหล่านี้ไม่จำเพาะต่อมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากสามารถตรวจพบในมะเร็งชนิดอื่นและภาวะอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง จึงนิยมใช้วินิจฉัยร่วมกับการตรวจอื่น ๆ^{1,5}

การวินิจฉัยด้วยวิธีทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ อัลตราซาวด์ (ultrasound) เป็นการตรวจเบื้องต้น อาจพบก้อนหรือท่อน้ำดีขยายจากการอุดตันของท่อน้ำดี การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography: CT) และการเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ซึ่งการเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับกายวิภาคและการลุกลามของโรคได้ดีที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่า การวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic evaluations) เพื่อหาความผิดปกติทางเซลล์วิทยา (cytology) และความผิดปกติของชิ้นเนื้อ (pathology) เป็นวิธีที่สามารถวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีได้แม่นยำที่สุด²²

2. การรักษามะเร็งท่อน้ำดี

การรักษามะเร็งท่อน้ำดี แพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ขนาดของก้อนมะเร็ง ตำแหน่ง ลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรค และการกระจายของมะเร็ง เป็นต้น การรักษามะเร็งท่อน้ำดีที่พบบ่อยในปัจจุบัน มีดังนี้

2.1 การผ่าตัด (surgical) เป็นวิธีการรักษาที่มีเป้าหมายให้มะเร็งท่อน้ำดีหายขาด (curative) รวมทั้งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยมีค่ากลางของอายุเฉลี่ย (overall median survival) เพิ่มขึ้น 22.3 เดือน²⁴ และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.2-30 มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ภายหลังการผ่าตัด^{6, 25} แต่การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ในระยะแรก และสามารถรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้¹

2.2 การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาที่มีประโยชน์ โดยส่วนใหญ่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังการผ่าตัด แต่ยังคงมีรอยโรคหลงเหลือเล็กน้อย (macroscopic residual disease) ผู้ป่วยที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ พบว่าการให้ยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy) สามารถเพิ่มอัตราการหายจากโรค และระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

การให้ยาเคมีบำบัดสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากตัวโรคและเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตได้ 8-12 เดือน⁶ จากการศึกษาของ Stein และคณะ²⁶ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาด้วยวิธีผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดควบคู่กันมีระยะปลอดโรค (disease-free survival) นาน 24 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว

2.3 การใช้รังสีรักษา (external-beam radiation therapy) เป็นวิธีการรักษามะเร็งท่อน้ำดีเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ จากการศึกษาของ Chen และคณะ²⁷ พบว่า การรักษามะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีรังสีรักษาสามารถเพิ่มค่ากลางการรอดชีวิต (median overall survival) ได้ 13.5 เดือน โดยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาด้วยการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว 6.7 เดือน และ 4.4 เดือน ตามลำดับ²⁷

3. การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) เป็นวิธีการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของท่อน้ำดี หรือท่อตับอ่อน เพื่อใช้ในการตรวจประเมินการวินิจฉัย และการวางแผนแนวทางการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน การรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นหัตถการที่ใช้การส่องกล้องและเอกซเรย์ประกอบกัน (ภาพ 2) และจะต้องใช้เครื่องเอกซเรย์ระบบฟลูออโรสโคป (fluoroscope) (ภาพ 3) โดยแพทย์จะส่องกล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.8 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 100-120 เซนติเมตร มีความยืดหยุ่นโค้งงอได้ มีกล้องและดวงไฟขนาดเล็กมากติดอยู่ที่ปลายท่อ (ภาพ 4) ผ่านทางปากเข้าสู่กระเพาะอาหารลงไปสู่ลำไส้เล็ก เพื่อหารูเปิดท่อน้ำดีและฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อน้ำดี พร้อมกับเอกซเรย์ดูความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน การรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นการตรวจที่ค่อนข้างรุกล้ำผู้ป่วยและมีความเสี่ยง แต่ผลดี คือ สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ สามารถวางท่อระบายน้ำดีหรือถ่างขยายท่อน้ำดีเพื่อลดการอุดตันทางเดินน้ำดีได้^{28, 29}



ภาพ 2 การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน



ภาพ 3 เครื่องเอกซเรย์ระบบฟลูออโรสโคป (fluoroscope)



ภาพ 4 กล้องที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธี ERCP

ท่อระบายน้ำดีที่ใช้ในการส่องกล้อง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่เป็นพลาสติก (plastic stent) และชนิดที่เป็นโลหะพิเศษที่ขยายเองได้ (self-expandable metallic stent: SEMS) ความแตกต่างของท่อระบายทั้ง 2 ชนิดนี้ คือ ชนิดพลาสติกมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดเล็ก โดยเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดใหญ่ที่สุดของท่อระบาย ชนิดพลาสติกมีขนาดเพียง 3.3 มิลลิเมตร (10 French) (ภาพ 5) ส่วนชนิดโลหะเมื่อขยายตัวสุดจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 10 มิลลิเมตร (30 French) ส่งผลให้ท่อระบายชนิดพลาสติกมีโอกาสอุดตันได้ง่าย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกมีการอุดตัน ร้อยละ 27-50 และต้องเปลี่ยนท่อระบายใหม่ทุก 6-9 เดือน^{30, 31} การใส่ท่อระบายชนิดพลาสติกให้ได้ขนาดใหญ่และตำแหน่งที่ดีต้องอาศัยการขยายท่อน้ำดีร่วมด้วย ทำให้มีอัตราการติดเชื้อท่อน้ำดีหลังรักษาด้วยวิธี ERCP ได้ถึงร้อยละ 53³⁰



ภาพ 5 ท่อระบายน้ำดีชนิดพลาสติกที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธี ERCP

4. การใช้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน เป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการทำ บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการทำหัตถการได้รวมทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึก ยาที่นิยมใช้สำหรับการรักษาด้วยวิธี ERCP มี 2 ชนิด คือ ยาชาเฉพาะที่ (topical anesthesia) และยาระงับความรู้สึก (sedation) ดังนี้³²

4.1 ยาชาเฉพาะที่ (topical anesthesia) ยาชาเฉพาะที่ ที่นิยมใช้ คือ 2% lidocaine viscous (ภาพ 6) และ 10% lidocaine spray (ภาพ 7) เป็นยาชาเฉพาะที่ที่ใช้เพื่อระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ โคนลิ้น คอหอยส่วนบน (oropharynx) (ภาพ 8) และหลอดอาหาร โดยมีจุดมุ่งหมาย

คือ ยับยั้งปฏิกิริยาการกลืน (gag reflex) ขณะที่ใส่กล้องลงไปบริเวณคอหอยส่วนบน โดยปกติการใช้ยาเฉพาะที่เพื่อระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณที่ต้องการ จะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 30-60 นาที



ภาพ 6 2% lidocaine viscous



ภาพ 7 10% lidocaine spay



ภาพ 8 บริเวณที่พ่นยาชา

<http://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1053>³³

4.2 ยาระงับความรู้สึก (sedation) ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ในการรักษาด้วยวิธี ERCP คือ ยามิดาโซแลม (midazolam) เฟนทานิล (fentanyl) เพดทิดีน (pethidine) และโพรโฝพอล (propofol) โดยมีเป้าหมายการใช้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

4.2.1 การให้ยาระงับความรู้สึกระดับเล็กน้อย (minimal sedation) จุดประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยสามารถใช้ร่วมกับยาชาเฉพาะที่ หลังได้รับยาผู้ป่วยจะยังคงตอบสนองต่อคำสั่งได้ตามปกติ มีการตอบสนอง (cognitive function) ลดลง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต

4.2.2 การให้ยาระงับความรู้สึกระดับปานกลาง (moderate sedation) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงแต่ยังคงตอบสนองต่อคำสั่งหรือการกระตุ้นเบาๆ สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ระบบไหลเวียนโลหิตปกติ

4.2.3 การให้ยาระงับความรู้สึกระดับลึก (deep sedation) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจนปลุกให้ตื่นได้ยากขึ้น ไม่มีการตอบสนองต่อคำสั่งและการให้ยาระงับความรู้สึกระดับลึก จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน เพราะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยเปิดทางเดินหายใจ

4.2.4 การให้ยาระงับความรู้สึกระดับทั่วไป (general anesthesia) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นถึงแม้จะมีความเจ็บปวด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยหายใจหรือใส่ยาหย่อนกล้ามเนื้อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูง ข้อดี คือ ผู้ป่วยนิ่งทำหัตถการได้นาน สามารถควบคุมการหายใจและป้องกันการสูดสำลักได้

ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนอาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจ จึงมีขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

- การจัดทำผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน และเปิดทางเดินหายใจโดยใช้ท่า

Jaw Thrust (ภาพ 9)



จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ
โดยไม่หนุนหมอน



ผู้ช่วยเหลืออยู่เหนือศีรษะผู้ป่วยโดยใช้
มือทั้งสองข้างจับบริเวณมุมของ
ขากรรไกร (angle of mandible)



ดึงขากรรไกรทั้งสองข้าง
ขึ้นไปข้างบน

ภาพ 9 ภาพแสดงขั้นตอนการเปิดทางเดินหายใจ (jaw thrust)

- การใช้อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจส่วนบน (oropharyngeal airway) โดยเลือกขนาดที่เหมาะสม (ภาพ 10)



ภาพ 10 ภาพแสดงอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจส่วนบน (oropharyngeal airway) ขนาดต่างๆ

5. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนจำเป็นต้องทราบวิธีการปฏิบัติตัว และให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้³²

5.1 เจ้าหน้าที่ในห้องส่องกล้องจะบอกผู้ป่วยให้กลืนหายใจขณะที่พ่นยาชาเฉพาะที่ในปาก และคอ ซึ่งต้องรอให้ยาชาออกฤทธิ์ประมาณ 10 นาที

5.2 ผู้ป่วยต้องนอนในท่านอนคว่ำตะแคงหน้า (prone position) (ภาพ 11)



ภาพ 11 ภาพแสดงท่านอนผู้ป่วยขณะการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
ท่านอนคว่ำตะแคงหน้า (prone position)

5.3 เจ้าหน้าที่บอกให้ผู้ป่วยก้มคอและอ้าปากเพื่อใส่อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจส่วนบนในปาก

5.4 พยาบาลฉีดยาระงับความรู้สึก ซึ่งยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ มิดาโซแลม หลังฉีดยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนังตาตก (ptosis) หรือกล้ามเนื้อส่วนควบคุมการพูดผิดปกติ (dysarthria) หรือเริ่มพูดไม่รู้เรื่อง

5.5 แพทย์ใส่กล้องในปากและผ่านเข้าไปในลำคอผู้ป่วยทางคอหอยด้านหลัง (posterior pharynx) และกล้ามเนื้อหูรูดครีโคฟาริงเจียส (cricopharyngeal sphincter) หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะแหงนคอผู้ป่วยซ้ำๆ เพื่อช่วยให้แพทย์ใส่กล้องลงไปได้มากขึ้น

5.6 แพทย์จะใส่ลมเข้าไปเล็กน้อยเมื่อกำลังเข้าไปถึงปลายของกระเพาะอาหารส่วนไพโรรัส (pylorus) แล้วใส่กล้องเข้าไปในส่วนของลำไส้เล็กส่วนต้น (descending duodenum) (ภาพ 12)

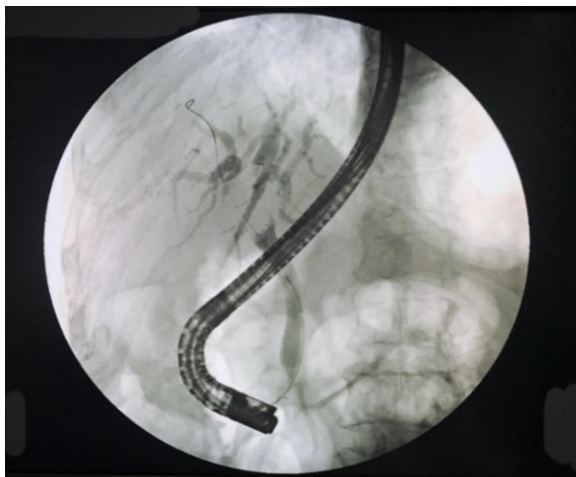


ภาพ 12 ภาพแสดงขณะแพทย์ส่องกล้องในปากและผ่านเข้าไปในลำคอผู้ป่วย

5.7 พยาบาลฉีดยาขยายหลอดลมหรือกลูคาگونทางหลอดเลือดดำเพื่อลดแรงต้านของลำไส้เล็กและช่วยให้หูรูดแอมพูลาคลายตัว

5.8 แพทย์ใช้กล้องส่องเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็ก (pancreatic ducts and hepatobiliary tree) แล้วฉีดยาสารทึบรังสีเข้าไปในดูโอเดนิลแพพิลล่า (duodenal papilla) และถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้

5.9 แพทย์สามารถมองเห็นท่อตับอ่อน (pancreatic duct) จากการฉีดยาสารทึบรังสี (fluoroscopic guidance) (ภาพ 13)



ภาพ 13 ภาพแสดงเอกซเรย์ดูความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อนภายใต้การใช้สารทึบรังสี (fluoroscopic guidance)

5.10 แพทย์อาจพิจารณาตัดชิ้นเนื้อผู้ป่วยส่งตรวจ ผลที่เกิดจากการตัดจะหายเป็นปกติ ใน 1 สัปดาห์หรือหากพบมีการตีตันก็จะใส่ท่อเพื่อระบายน้ำดีให้ไหลลงสู่ลำไส้

6. ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาที่ผ่านมามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP ขึ้นกับหลายปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี เพศหญิง และพยาธิสภาพของโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะอุดกั้นตำแหน่งแพปิลลารี (papillary stenosis) ภาวะท่อน้ำดีโป่งพอง (choledochocoele) และการตีแคบของท่อน้ำดี (hilar biliary strictures) ปัจจัยจากเทคนิคการส่องกล้อง เช่น การถ่างขยายท่อน้ำดี การนำก้อนนิ่วออกจากท่อน้ำดี และการผ่าตัดแอมพูลลาออก (ampullectomy) เป็นต้น¹³

จากการศึกษาที่ผ่านมามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จากผู้ป่วยจำนวน 2,715 ราย พบว่า มีภาวะตับอ่อนอักเสบ ร้อยละ 4.9 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 4.5 ท่อน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 2.3 และมีการทะลุของทางเดินอาหาร ร้อยละ 0.11¹² สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการโดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องปัจจัยการแข็งตัวของเลือด มีการอักเสบของท่อน้ำดีมาก่อนทำหัตถการ มีเลือดออกกระหว่างที่ทำหัตถการ แพทย์ผู้ทำหัตถการมีประสบการณ์ในการทำหัตถการน้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakeeb และคณะ³⁶ พบว่า ภายหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP สามารถทำให้เกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 10.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วย

ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและ พบว่า เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้³⁷ จากการศึกษาในต่างประเทศ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP จำนวน 34,183 ครั้ง พบว่า มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.33 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 9.6 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 วัน ปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตหลังทำการรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยวิธี ERCP คือ ผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนและการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรคไต โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของทำหน้าที่การทำงานของตับ³⁸

สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จากการเก็บข้อมูลของสถาบันโรกระบบทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พะพันธุ์³⁹ พบว่า การรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยโดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการอึดอัดแน่นท้องหลังการส่องกล้อง ซึ่งอาจเป็นจากการเป่าลมให้กระเพาะอาหารขยายขณะทำการส่องกล้องตรวจ การสูดสำลัก พบได้ร้อยละ 0.11 ภาวะตับอ่อนอักเสบได้ ร้อยละ 5-10 มีการทะลุของอวัยวะ ร้อยละ 0.3 กรณีมีการจี้ ตัด หูรูดทางเดินน้ำดีจะมีโอกาสเกิดเลือดออกบริเวณที่ถูกตัดได้ประมาณ ร้อยละ 1-2 โดยมากเลือดสามารถหยุดได้เอง โอกาสเลือดออกรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องซ้ำหรือผ่าตัดฉุกเฉินพบได้เพียงร้อยละ 0.5 แต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น การให้ยาฆ่าเชื้อ หรืออาจจำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย และปัจจัยจากการทำหัตถการ มีรายละเอียด ดังนี้

6.1 ภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยด้านผู้ป่วย

6.1.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP มาก่อน

6.1.2 ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของกายวิภาคของระบบทางเดินอาหารจากการผ่าตัดลำไส้มาก่อน

6.1.3 ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีทั้งหมด ซึ่งหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP อาจเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบได้ง่าย

6.1.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำดีอักเสบแข็ง (sclerosing cholangitis)

6.1.5 ผู้ป่วยมีความผิดปกติของเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือดโดยค่าเกล็ดเลือดที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP คือ มากกว่า 80,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และค่าการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time international normalized ratio; PT INR) น้อยกว่า 1.5 เท่า⁴⁰

6.1.6 ภาวะอุดตันของท่อน้ำดี (obstructive jaundice) จากมะเร็งท่อน้ำดี และผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีจะมีโอกาสเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ (ascending cholangitis) ได้ง่าย เนื่องจากมีความต้านทานต่อการติดเชื้อที่ลดลง^{12, 35}

6.2 ภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยด้านการทำหัตถการ

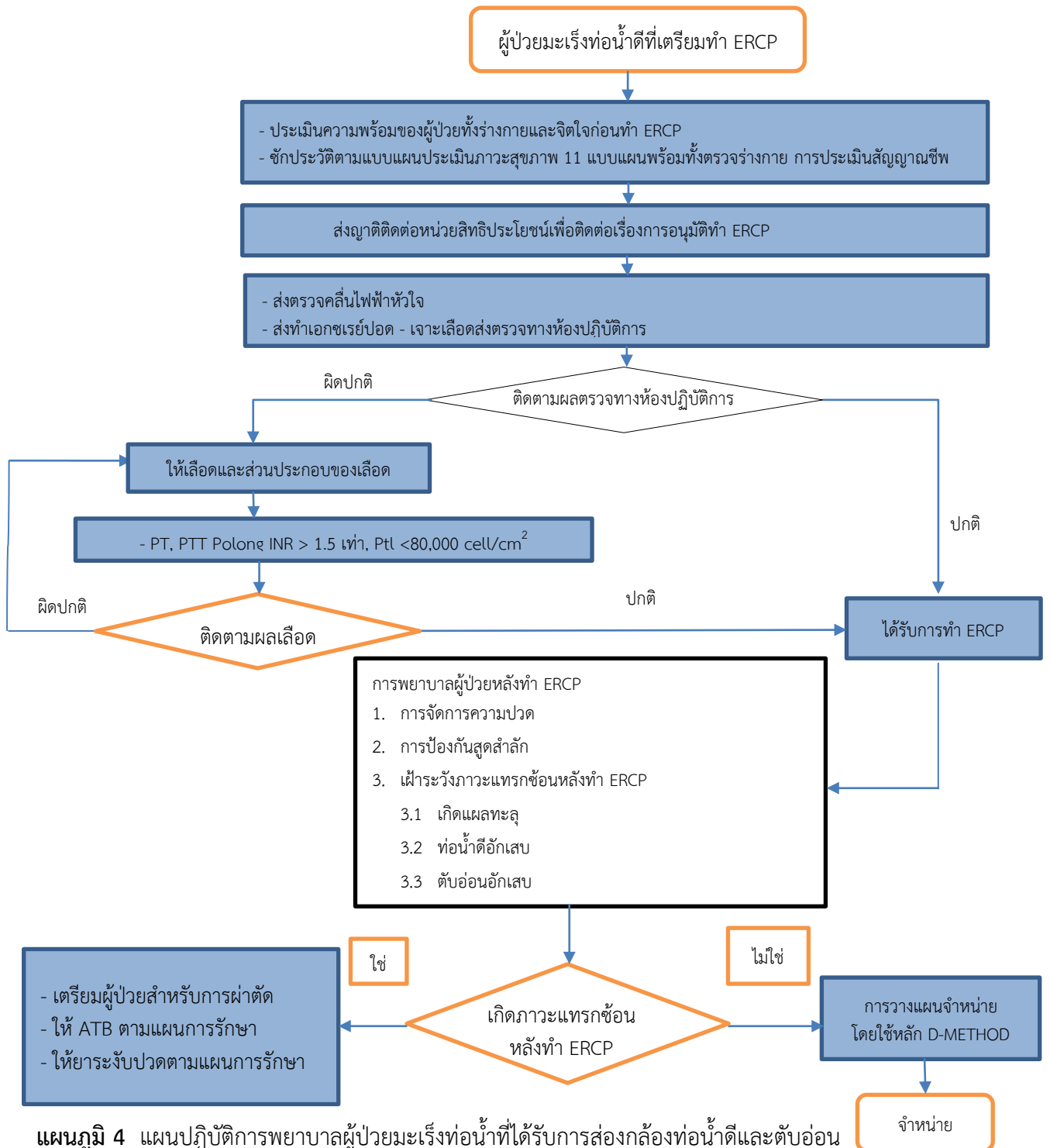
6.2.1 ระยะเวลาในการส่องกล้องนานเกินไป (increased cannulation attempts) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการรักษาด้วยวิธี ERCP มากกว่า 30 นาที เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสอดสลักมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการรักษาด้วยวิธี ERCP น้อยกว่า 30 นาที 1.82 เท่า¹⁵

6.2.2 การวางท่อระบายน้ำดีหรือถ่างขยายท่อน้ำดี (cannulation) มีอัตราการสำเร็จที่ต่ำอาจเนื่องมาจากการรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นหัตถการที่ ต้องการความชำนาญเป็นพิเศษ รวมทั้งต้องใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหาเมื่อไม่สามารถทำการสอดท่อได้สำเร็จ เช่น การใช้เข็มเจาะตัดปากทางเข้าท่อน้ำดีและตับอ่อน (needle knife sphincterotomy) การใส่ลวดนำผ่านท่อของตับอ่อน (pancreatic duct guide wire) เพื่อช่วยในการวางท่อระบายน้ำดีหรือถ่างขยายท่อน้ำดี เป็นต้น⁴¹

บทที่ 4 เทคนิคในการปฏิบัติงาน

แผนปฏิบัติงาน

แผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
(Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) แสดงดัง (แผนภูมิ 4)



แผนภูมิ 4 แผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
(Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) มีขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลหลายขั้นตอน สำหรับคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลเล่มนี้จะขอกกล่าวถึงขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดี และตับอ่อน การประสานงานติดต่อเรื่อง การขออนุมัติทำการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาและพยาบาล ก่อนให้ข้อมูล พยาบาลจำเป็นต้องประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจรักษาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำและอธิบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและการซักประวัติโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผน เช่น ประวัติส่วนตัว โรคประจำตัว โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการดำเนินของโรค ประวัติการรักษาปัจจุบัน ประวัติการได้รับยาต่างๆ ประวัติการแพ้ยาและอาหารทะเล เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธี ERCP จะได้รับการฉีดสารทึบรังสี (contrast) หากผู้ป่วยแพ้อาหารทะเลอาจทำให้เกิดอาการแพ้สารทึบรังสีได้

1.1.2 ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีรวมทั้งประเมินผลกระทบของโรค และประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธี ERCP ซึ่งนอกจากจะประเมินทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ พยาบาลจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆ กัน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจำหน่าย

1.1.3 ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธี ERCP พร้อมทั้งให้ข้อมูลโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจจุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธี ERCP ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

1.1.4 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรักษาด้วยวิธี ERCP วิธีการขั้นตอนการทำระหว่างอยู่ในห้องตรวจ การดูแลก่อน และหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น การป้องกันดูแลและรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP

1.2 การประสานงานติดต่อเรื่องการขออนุมัติทำการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน มีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 ตรวจสอบสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล รวมทั้งติดต่อสิทธิประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐกิจและฐานะ

1.2.2 ส่งญาติผู้ป่วยไปพูดคุยเกี่ยวกับการขออนุมัติเรื่องการรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พะพันธุ์ เพื่อติดต่อสิทธิประโยชน์และการเงินตามขั้นตอน ดังนี้

- สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP แพทย์ผู้ทำการรักษา จะเขียนใบขออนุมัติการส่งใช้วัสดุ/อุปกรณ์การแพทย์ (ภาคผนวก ง) โดยระบุว่าได้ใช้อุปกรณ์ใดไปบ้าง เพื่อให้ญาติ/ผู้ป่วยนำไปติดต่อการเงินผู้ป่วยในช่อง 39-40 เพื่อประเมินส่วนเกินสิทธิ สำหรับผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะมีส่วนเกินสิทธิที่ต้องชำระเองประมาณ 5,000 บาท

- สิทธิประกันสังคม สำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ขั้นตอนการขออนุมัติจะเหมือนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดโดยไม่มีส่วนเกินสิทธิ

- ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเงินสดจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดไม่สามารถขออนุมัติค่าใช้จ่ายได้

- ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิได้ทั้งหมดเต็มจำนวน

1.3 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ตามแผนการรักษา โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.3.1 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ คือ ค่าการแข็งตัวของเลือด (PT INR) ค่าเกล็ดเลือด (platelet) โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกล็ดเลือดในรายที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 80,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และให้พลาสมาในผู้ป่วยที่มีค่าพีที ไอเอ็นอาร์ มากกว่า 1.5 เท่า³⁸ พยาบาลอธิบายถึงความจำเป็นในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอมรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด (ภาคผนวก จ) ประเมินค่าการทำงานของไต (creatinin) และค่าเกลือแร่

โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าโพแทสเซียม (potassium) หากต่ำกว่า 3.5 มิลลิโมล/ลิตร หรือมากกว่า 4.5 มิลลิโมล/ลิตร ให้รายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไขผลเลือดให้ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการทำ ERCP จำเป็นต้องงดอาหารและน้ำเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ หากตรวจพบว่า ค่าโพแทสเซียมต่ำผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการให้โพแทสเซียมชนิดหยดเข้าหลอดเลือดดำแทนชนิดรับประทาน

1.3.2 ตรวจสอบการหยุดยาที่มีผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยารวาร์ฟาริน (warfarin) ให้หยุดยาก่อนรักษาด้วยวิธี ERCP 5 วัน และยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin) ยาโคลพิโดเกรล (clopidogrel) ให้หยุดยาก่อนทำหัตถการ 7 วัน ก่อนทำ ERCP³⁸

1.3.3 ส่งผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์ปอด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการส่งตรวจ

1.3.4 ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทุกชนิดตั้งแต่เที่ยงคืนหรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการงดอาหารและน้ำทุกชนิด เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการอาเจียนและสำลักเศษอาหารระหว่างทำหัตถการ³⁹

1.3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตกับน้ำ 30 มิลลิลิตร³⁹ ตอนเช้าวันที่ทำการส่องกล้อง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญที่จะต้องรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากการรักษาด้วยวิธี ERCP เป็นหัตถการที่รุกรานร่างกายที่ใช้ระยะเวลาในการทำอย่างน้อย 30-40 นาที ระหว่างทำผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลและความปวด ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงผิดปกติได้

1.3.6 ในกรณีผู้ป่วยเบาหวาน ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เช่น ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการงดอาหารและน้ำและอาหารทุก 4-6 ชั่วโมง โดยปกติระดับน้ำตาลที่แพทย์กำหนดให้ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หากไม่อยู่ในระดับที่แพทย์กำหนดให้รายงานแพทย์เพื่อให้ยาโดยผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (insulin) ทางหลอดเลือดดำ

1.3.7 แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดปากและฟันคืนวันก่อนการรักษาด้วยวิธี ERCP และเข้าวันเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น

1.3.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีฟันโยกคลอนต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ กรณี สวมฟันปลอมจะเป็นชนิดทั้งชุดหรือชนิดไม่ติดแน่นบางส่วน ให้ถอดออกในวันส่องกล้องเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุดของฟันปลอมแล้วไปอุดตันทางเดินหายใจ

1.3.9 แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธี ERCP และการให้ยา ระวังความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลก่อนการลงนามในหนังสือยินยอมให้แพทย์ทำการตรวจ รักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่องการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (ภาคผนวก ค)

1.3.10 แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจที่สำคัญ ดังนี้

- ก่อนส่องกล้องจะมีการพ่นยาชาในปากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขย้อนยาชา จะทำให้ลิ้นและคอชาส่งผลให้กลืนลำบาก

- ระหว่างส่องกล้องให้บ้วนน้ำลายออกทางปากด้านข้าง จะมีเจ้าหน้าที่ดูด น้ำลายและใส่ผ้าก๊อชในปากเพื่อป้องกันไม่ให้ฟันถูกท้อ

- ระหว่างส่องกล้องผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายแต่ จะยังคงรู้สึกตัวอยู่

- หลังจากจากใส่กล้องแล้วผู้ป่วยจะได้รับยาขยายหลอดลม หรือยาไกลูคาγον (glucagon) ทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งยาขยายหลอดลมอาจมีผลข้างเคียง ได้แก่ มีอาการปากแห้ง กระหายน้ำ หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะคั่ง และตาพร่ามัว หรือผลข้างเคียงของ ยาไกลูคาγον คือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน และหน้าแดง

- ระหว่างฉีดยาที่รังสีผู้ป่วยอาจมีอาการหน้าแดงชั่วคราวอาจมีอาการ เจ็บคอ 3-4 วัน หลังการส่องกล้อง

1.3.11 ดูแลให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับหรือสิ่งที่เป็นโลหะออก

1.3.12 ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนส่งห้องตรวจ

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนจำเป็นต้องได้รับการระวัง ระวังความรู้สึกและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ภายหลังการส่องกล้อง ซึ่งหลังส่องกล้องเสร็จผู้ป่วยจะ พักที่ห้องพักรักษาของสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวิวัฒน์พันธุ์ เมื่อผู้ป่วย เริ่มรู้สึกตัวจะกลับมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วย การพยาบาลหลังได้รับการรักษาด้วย ERCP มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 พยาบาลห้องส่องกล้องโทรแจ้งการส่งผู้ป่วยกลับมายังหอผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการรายงาน ข้อมูลทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยโดยรายงานถึงชนิดของการทำหัตถการ ชนิดยาระงับความรู้สึก ที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยวิธี ERCP ชนิดและจำนวนท่อระบายต่างๆ ที่ใช้ กับผู้ป่วย รวมถึงการพยาบาลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ โดยจะมีใบรายงานผล การรักษาด้วยวิธี ERCP (ภาคผนวก ฉ) แนบมากับแฟ้มผู้ป่วย

2.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเปลนอนหามผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาบนเตียงนอนด้วยตนเอง แต่ให้ใช้แผ่นสไลด์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลไปยังเตียงนอนต้องมีคน ช่วยเคลื่อนย้ายไม่ต่ำกว่า 4 คน โดยผู้ช่วยเหลือประคองศีรษะ ลำตัวสองข้าง และปลายเท้าของผู้ป่วย

(ภาพ 14) จากนั้นต้องยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง แขนวนสารถน้ำข้างเดียวกับแขนที่ให้ ดูแลแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกนอกเตียงด้วยความระมัดระวัง สังเกตผู้ป่วยตลอดเวลาที่เคลื่อนย้าย ไม่ให้เกิดการพลัดตก/หกล้ม



ภาพ 14 ภาพแสดงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเปลนอนโดยใช้กระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.3 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

2.4 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง โดยค่าสัญญาณชีพที่ปกติ คือ

- อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที โดยเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่เกิน 10-20 ครั้ง/นาที
- ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 20 มิลลิเมตรปรอท
- อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

2.5 ดูแลระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการอุดตันที่สำคัญ กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พยาบาลจัดท่านอนเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจโล่งโดยจัดท่าศีรษะสูง (fowler's position) โดยปรับระดับเตียงประมาณ 30 องศา ให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอนบริเวณต้นคอและไหล่ (ภาพ 15) หรือจัดท่านอนตะแคงโดยอธิบายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงการหายใจและจำนวนครั้งในการหายใจ โดยประเมินทุก 15 นาที หรือตามสถานะของผู้ป่วยและรับรายงานแพทย์หากพบอาการผิดปกติ



ภาพ 15 ภาพแสดงการจัดทำผู้ป่วยโดยการนอนหงายหนุนหมอนบริเวณต้นคอและไหล่

2.6 ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (oxygen saturation) ซึ่งค่าปกติมากกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ หากน้อยกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ ออกซิเจนตามแผนการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผ่านทางจมูก (oxygen canular)

2.7 เผื่อระวังและสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่สำคัญ คือ

2.7.1 อาการท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงข้างขวา ลักษณะอาการปวดท้องรุนแรงเป็นพักๆ คล้ายนิ่วในถุงน้ำดี อาการตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดชนิดแกรมลบ (gram – negative septicemia) โดยมีไข้และอาการสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ¹³

2.7.2 ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการปวดท้องเฉียบพลันบริเวณช่องท้องตรงกลางส่วนบน บริเวณใต้ลิ้นปี่ และจะมีอาการปวดอย่างรุนแรง โดยอาการเมื่อเริ่มปวดจนถึงปวดอย่างรุนแรงอาจใช้เวลาประมาณ 10 นาที จนถึงหลายชั่วโมง และจะปวดแบบตื้อๆ ตลอดเวลาต่อเนื่องเป็นวันหรือหลายวันติดต่อกัน และมักปวดร้าวไปที่บริเวณหลัง เนื่องจาก ตับอ่อนเป็นอวัยวะที่อยู่ลึกในช่องท้องส่วนที่อยู่ติดทางด้านหลัง และจะมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ เคลื่อนไหว และเวลานอนหงาย แต่จะรู้สึกสบายขึ้นเวลานั่งงอตัว นอกจากนี้จะมีอาการปวดและกดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant) (ภาพ 16) มี

ตัวเหลืองชั่วคราว ผลเลือด พบว่า มีระดับอะไมเลส (serum amylase) และบิลิรูบินรวม (total bilirubin) สูงกว่าปกติ¹³



ภาพ 16 ภาพแสดงการประเมินการปวดและกดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)

2.7.3 การเกิดแผลทะลุ (perforation) โดยผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ปวดท้องมาก ท้องแข็ง แน่นอึดอัดท้องมาก กดเจ็บ มีไข้สูง อาเจียน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการแตก ทะลุของลำไส้ และพบปริมาณและสีของสิ่งคัดหลั่งที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร (gastric content) ผิดปกติ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติดังกล่าว ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทันที เนื่องจากผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด³⁸

2.7.4 อาการทางเดินหายใจส่วนบนบดกั้นจากผลข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ หายใจลำบาก หยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออกมากผิดปกติ หัวใจเต้นช้า และกลั้วเสียงหดรึ๊ง³¹

2.8 สังเกตอาการอึดอัดแน่นท้องและสอบถามความไม่สุขสบายเป็นระยะโดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าอาจมีอาการแน่นอึดอัดท้องได้หลังจากรักษาด้วยวิธี ERCP แต่อาการจะหายไปเองเมื่อมีการผายลม แต่ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการแน่นท้องมากให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบเพื่อขอความช่วยเหลือบรรเทาอาการท้องอืด

2.9 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

2.10 งดอาหารและน้ำทุกชนิดจนกระทั่งผู้ป่วยมีปฏิกิริยาการกลืน ซึ่งการสูญเสียปฏิกิริยาการกลืนถือเป็นความเสี่ยงสำคัญในการสูดสลัก ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในปอดจากการสูดสลัก การตรวจปฏิกิริยาการกลืนจึงมีความสำคัญหากไม่สามารถประเมินได้จากการสอบถามมีวิธีการตรวจ

ปฏิกิริยาการกลืนโดยใช้ไม้กดลิ้นแตะผนังคอหรือโคนลิ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยขย้อนแสดงว่าปฏิกิริยาการกลืนปกติ (ดังภาพ 17)



ภาพ 17 ภาพแสดงการประเมินปฏิกิริยาการกลืน (gag reflex)

2.11 ประเมินและติดตามอาการปวดตามมาตรฐานของฝ่ายบริการพยาบาล⁴⁶ (ภาคผนวก) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มีการจัดการความปวดและติดตามอาการปวดที่สำคัญ ดังนี้⁴⁵

2.11.1 ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มักจะมีการปวดในระดับรุนแรงจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน พยาบาลจะต้องประเมินอาการปวดทันทีหลังผู้ป่วยกลับจากทำหัตถการ โดยการสอบถามความปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) โดยประเมินเกี่ยวกับลักษณะความปวด ความถี่ และระยะเวลาของความปวด พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบฟอร์มสัญญาณชีพ (graphic sheet)

2.11.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับรุนแรง (NRS = 7-10) ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณารักษาด้วยยาแก้ปวดโอปิออยด์ (opioid drugs) ชนิดแรง ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยามอร์ฟิน (morphine) และยาเฟนทานิล (fentanyl)

นอกจากนี้แพทย์อาจพิจารณาใช้ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) ได้แก่ ยาพาราเซตามอล ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) และยาเสริม (adjuvant analgesia) ร่วมด้วยหากผู้ป่วยยังมีอาการปวด

2.11.3 ติดตามและประเมินอาการปวดซ้ำ หลังได้รับยาแก้ปวด โดยหลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด จะติดตามและประเมินอาการซ้ำ 15 - 30 นาที และหลังได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทาน

จะติดตามและประเมินอาการปวดซ้ำ 30 - 60 นาที หากพบว่า อาการปวดลดลงน้อยมากหรือไม่ลดลง NRS \geq 7 คะแนน ดำเนินการขั้นต่อไป คือ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาหรือให้ยาเพิ่มเติมทันที หากอาการปวดลดลงบ้าง NRS 4-6 คะแนน พิจารณาบริหารยาแบบเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (pro re nata: prn) และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสมต่อไป หากอาการปวดลดลงมาก NRS \leq 3 คะแนน บริหารยาตามแผนการรักษาต่อไป

2.11.4 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีความสำคัญเนื่องจากการใช้ยาอาจจะมีผลข้างเคียง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเข้าใจวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับปัญหาความปวดในแต่ละราย การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) เช่น ผีอกการหายใจ การนวด การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เป็นต้น จะช่วยทำให้ผู้ป่วยปวดลดลงได้⁴⁴

2.11.5 เป็นตัวแทนผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลาง - มาก และการสั่งการรักษาด้วยยาแก้ปวดของแพทย์ไม่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนผู้ป่วยเพื่อประสานงานให้แพทย์ปรับยาให้เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย

2.12 กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพิสูจน์ แนะนำให้ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด งดยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติ

2.13 ให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเพื่อคลายความวิตกกังวล รวมถึงให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา พยาบาลพร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่าทีมสุขภาพจะสามารถแก้ไขปัญหาและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2.14 หลังการรักษาด้วยวิธี ERCP ผู้ป่วยจะได้รับใบรายงานผลการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยจะให้ผู้ป่วยเก็บไว้ 1 ชุดและเก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยอีก 1 ชุด ซึ่งจะบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธี ERCP ทั้งหมด (ภาคผนวก จ)

3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (Discharge Planning)

การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน เป็นทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ถึงแม้วิธีนี้จะไม่สามารถทำให้โรครายขาดได้แต่ช่วยลดความเจ็บปวดและทรมานจากตัวโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP อาจต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของการรักษา ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง

ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

D = Disease ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการพยากรณ์ของโรค สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มักไม่มีอาการแสดง ส่วนใหญ่จะตรวจพบเมื่ออยู่ในระยะที่มีการพัฒนาของมะเร็งเพิ่มขึ้นหรือมีการแพร่กระจายแล้ว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) ซึ่งเป็นอีกการรักษาหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของโรค และปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมาย ส่วนเรื่องการบอกเรื่องโรคให้แพทย์เป็นผู้บอกรายละเอียดกับผู้ป่วยและญาติ

M = Medication ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทานอย่างละเอียด ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา และวัตถุประสงค์ของการให้ยา วิธีการใช้ ขนาด จำนวนครั้งระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากการรักษามะเร็งท่อน้ำดีเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งท่อน้ำดีจะเป็นยาที่ช่วยลดอาการต่าง ๆ โดยยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายส่วนใหญ่ คือ ยาแก้ปวดและยาบรรเทาอาการคัน มีรายละเอียดในการให้คำแนะนำ ดังนี้

- ยาลดอาการปวดที่สำคัญ คือ ยามอร์ฟินชนิดรับประทาน ซึ่งมีทั้งชนิดเม็ดและชนิดน้ำ โดยอธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับปริมาณและระยะเวลาในการรับประทาน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรับประทาน 5-10 มิลลิกรัม ทุก ๆ 4 ชั่วโมง ในกรณีที่แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อมีอาการปวด ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาเมื่อเริ่มปวด ไม่ต้องรอให้มีอาการปวดที่รุนแรงจึงเริ่มรับประทานยา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะคั่งซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่ได้รับยามอร์ฟินเกินขนาดจะมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ปลุกตื่นยาก เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าว ให้ผู้ป่วยโทรศัพท์ติดต่อเภสัชกร โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่เบอร์ 074-451304 เพื่อขอคำแนะนำการปรับลดยา หรือมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาที่เหมาะสม

- ยาลดอาการคันบริเวณผิวหนังที่เกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี ยาที่ใช้บ่อย คือ ยาไฮดรอก-ไซซีน (hydroxyzine) เป็นยาเม็ด มีทั้งขนาด 10,25 และ 50 มิลลิกรัม ยานี้จะมีอาการข้างเคียง คือ มักทำให้เกิดอาการง่วงนอน มึนงง เวียนศีรษะ ตาพร่า พยาบาลจะต้องเน้นย้ำผู้ป่วยและญาติเรื่องการขับชี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ของมีคม ควรระมัดระวังในการใช้ยานี้ให้มาก ถ้าหากมีอาการง่วงนอน ให้หยุดทำงานเหล่านี้ทันทีจนกว่าฤทธิ์ยาจะหมดไป

E= Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสม การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม โดยผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ์ที่ต้องชำระเองค่อนข้างสูงประมาณ 5,000 บาท เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ทาง

การแพทย์ที่มีราคาแพง ดังนั้น พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งในรายที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายอาจจะต้องมีการส่งปรึกษาหน่วยสิทธิประโยชน์เพื่อขออนุมัติค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อไปในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาดด้วยวิธี ERCP แบบผู้ป่วยนอกในการรับการรักษาครั้งต่อไป พยาบาลต้องดำเนินการขออนุมัติการรักษาด้วยวิธี ERCP ให้ผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาดด้วยวิธี ERCP ได้ตามแผนการรักษา

T = Treatment ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจปัญหาของการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง และสามารถแจ้งอาการนั้นให้แพทย์และพยาบาลทราบ รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของตนเองได้ด้วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาดด้วยวิธี ERCP จะต้องรู้วิธีการรักษาว่าทำอย่างไร มีขั้นตอนการดูแลตนเองก่อนและหลังการรักษาดด้วยวิธี ERCP อย่างไร มีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้างที่จะเกิดขึ้นได้ และดูแลตนเองอย่างไรเพื่อบรรเทาอาการ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาดด้วยวิธี ERCP หลังทำมัก จะมีอาการปวดแน่นท้อง พยาบาลต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อจัดการกับอาการดังกล่าว และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ปวดแน่นท้องมากขึ้น มีไข้สูง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

H = Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายแต่พอควร หรือ ทำงานเบาๆ ได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น นอนหลับให้เพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมง ทำจิตใจให้แจ่มใสไม่เครียด โดยหางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง การฝึกทำสมาธิวันละ 30 นาที เป็นต้น รวมทั้งการปรับตัวต่อการส่งเสริมฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย เช่น ถ้ามีอาการดีซ่านอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคันผิวหนัง บรรเทาได้โดยการสวมเสื้อหลวมๆ ใช้สบู่ที่อ่อนโยนต่อผิวและทาครีมที่ทำให้ผิวชุ่มชื้นหลังอาบน้ำ เป็นต้น

O = Outpatient referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ตามที่แพทย์นัดโดยทั่วไปทุก ๆ 6 เดือน ในช่วง 2 ปีแรก เพื่อตรวจเลือด ตรวจร่างกาย โดยการทำให้ MRI หรือ CT Scan หากการเป็นซ้ำของมะเร็ง ในกรณีที่ผู้ป่วยพบว่า ตนเองปรากฏอาการดีซ่านและปวดท้อง ควรรีบไปพบแพทย์ในทันที ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากที่ใดได้บ้าง กรณีมีภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาดด้วยวิธี ERCP จะได้รับใบนัดติดตามอาการ มาพบแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาดด้วยวิธี ERCP บางรายแพทย์จะออกใบนัดสำหรับทำการรักษาดด้วยวิธีการทำ

ERCP ครั้งต่อไป เพื่อเปลี่ยน stent ให้ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องเน้นย้ำถึงวันเวลาและสถานที่ที่แพทย์นัดและเน้นย้ำเกี่ยวกับการเตรียมตัวมารับการรักษาด้วยวิธี ERCP กรณีผู้ป่วยที่แพทย์นัดทำเป็นผู้ป่วยนอก และเน้นย้ำการมานอนโรงพยาบาลก่อนรับการรักษาด้วยวิธี ERCP ในรายที่แพทย์นัดทำเป็นผู้ป่วยใน โดยแจ้งพยาบาลว่ามีการจองเตียงสำหรับนอนโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยแล้ว และผู้ป่วยจะได้รับการโทรตามมา นอนโรงพยาบาลในช่วงเช้าของวันที่แพทย์นัด หากไม่มีการโทรตามจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยโทรสอบถามได้ที่คลินิกอายุรกรรม เบอร์ 074-451754 นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับเอกสารใบสรุปการรักษาซึ่งจะบอกรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการตรวจรักษา ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อเวลาฉุกเฉินจะได้นำไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรักษาอาการฉุกเฉินเร่งด่วน ก่อนจะส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

D= Diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีวิตามินเอและวิตามินซีสูง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื่องจากจะมีผลกระทบกับการย่อยอาหาร ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืดได้ง่าย และแบ่งมื้ออาหารออกเป็นมื้อย่อย 6 มื้อ ห้ามดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

วิธีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน สำหรับคู่มือฉบับนี้ ขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 ดังนี้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี

การวินิจฉัยเบื้องต้น

มะเร็งท่อน้ำดี

อาการสำคัญที่มานอนโรงพยาบาล

ส่งตัวจากโรงพยาบาลพัทลุงเพื่อรักษาเรื่องมะเร็งท่อน้ำดี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง เบื่ออาหาร ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไปพบแพทย์ที่คลินิกแพทย์ให้ยาแก้ปวดท้องมารับประทานอาการปวดท้องดีขึ้น แต่ยังมีอาการเบื่ออาหาร ไม่มีอาการตัวตาเหลือง ไม่ได้สังเกตว่าปัสสาวะสีเข้มหรืออุจจาระสีซีดหรือไม่

15 วันก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพัทลุงด้วย
เรื่องปวดท้อง ตัวตาเหลือง เบื่ออาหาร มีคันตามตัว อุจจาระซีด ปัสสาวะสีเข้มขึ้น ผล CT whole
abdomen พบก้อนขนาด 3 X 3.5 X 4 เซนติเมตร ที่บริเวณขั้วตับ ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี
แพทย์จึงแนะนำให้มารักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันนี้มาตรวจที่คลินิกอายุรกรรม แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน
ประวัติโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและเบาหวานขึ้นตา
การตรวจร่างกายเบื้องต้น

ผู้ป่วยท้องโตตั้ง ตัวตาเหลือง ผิวกายเหลือง คล้ำดำไม่โต สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศา
เซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/95 มิลลิเมตรปรอท
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจโลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 12.1 กรัม/เดซิลิตร (ค่าปกติ 11-16 กรัม/เดซิลิตร)
ฮีมาโตคริต 37.4 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 42-52 เปอร์เซ็นต์) ระดับเม็ดเลือดขาว 9,200 เซลล์/ลูกบาศก์
มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) เกล็ดเลือด 58,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
(ค่าปกติ 140,000- 450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าการแข็งตัวของเลือดยาวนานมากกว่าปกติ
1.8 เท่า

การประเมินทางจิตสังคม

ผู้ป่วยและบุตรมีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่าเครียด เนื่องจากทราบจากแพทย์ที่โรงพยาบาล
พัทลุงว่าผู้ป่วยอาจเป็นมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจาย

อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ตัวตาเหลือง ท้องโตตั้ง บ่นปวดแน่นท้อง NRS 5 คะแนน หายใจไม่
เหนื่อย O₂ sat RA 98% ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

การรักษา

- การรักษาด้วยวิธี ERCP
- การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- การแก้ไขค่าเกลือแร่ที่ผิดปกติ

ปัญหาและความต้องการการดูแล ข้อที่ 1

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี admit เพื่อทำ ERCP

- มีนัดทำ ERCP ที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พันธุ์ เป้าหมาย

- ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ตามแผนการรักษา
กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยการตรวจร่างกายและซักประวัติที่สำคัญ คือ ประวัติการแพ้สารทึบรังสีและอาหารทะเล

2. สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค อธิบายขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการตรวจรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยวิธี ERCP พอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ แจ้งข้อมูลวันและเวลาทำการหัตถการให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจ

3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 2.75 มิลลิโมล/ลิตร พยาบาลรายงานแพทย์เพื่อการจัดการแก้ไขก่อนรับการรักษาด้วยวิธี ERCP แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานยาโพแทสเซียมคลอไรด์ชนิดน้ำ 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง ติดตามค่าโพแทสเซียมในเลือด พบว่า ยังคงต่ำกว่าปกติ คือ 3.05 มิลลิโมล/ลิตร รายงานแพทย์สั่งการรักษารักษา โดยให้สารน้ำ คือ 5%D/NSS 1000 มิลลิลิตร ผสมด้วย KCL 40 milliequivalent (mEq) หยดทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

4. ดูแลให้เกล็ดเลือดและพลาสมาตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือด 58,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าการแข็งตัวของเลือดยาวนานมากกว่าปกติ 1.8 เท่า พยาบาลโทรประสานงานเจ้าหน้าที่หน่วยคลังเลือด โดยแจ้งเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดและพลาสมาหลังประสานงาน 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับเลือดเกล็ดเลือด 6 ยูนิตและพลาสมา 5 ยูนิต และตามค่าเกล็ดเลือดหลังได้เกล็ดเลือด 79,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าการแข็งตัวของเลือดยาวนานมากกว่าปกติ 1.4 เท่า พยาบาลรายงานแพทย์สั่ง แพทย์ให้จองเกล็ดเลือดเพิ่ม 6 ยูนิต และนำมาให้ผู้ป่วยก่อนทำ ERCP พยาบาลโทรประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลังเลือดเพื่อขอเกล็ดเลือดมาให้ผู้ป่วยก่อนทำ ERCP หลังโทรประสานงานสามารถไปรับเกล็ดเลือดมาให้ผู้ป่วยได้ภายในเวลา 15 นาที

5. ติดตามค่าน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง หลังดอาหารและน้ำทุกชนิด (ค่าควบคุม 80-250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)

6. ติดตามสัญญาณชีพก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ผู้ป่วยความดันโลหิต 169/98 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา amlodipine (5 mg) 1 tab โดยให้ดื่มน้ำ 30 ซีซี เวลา 08.00 น.

7. ตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกาย ป้ายข้อมือ เวชระเบียน फिल्मเอกซเรย์ก่อนส่งผู้ป่วยไปสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวิฒนะพันธุ์

8. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวิฒนะพันธุ์ ก่อนส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกรู้ตัว สัญญาชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP ตามแผนการรักษา

ปัญหาและความต้องการการดูแล ข้อที่ 2

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คิวขมวดและถามข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการรักษาด้วยวิธี ERCP บ่อยครั้ง

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน ใช้คำศัพท์ที่เหมาะสม ง่ายต่อการเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย ระบายความรู้สึก

2. ประเมินความวิตกกังวลและความรู้ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังทำ ERCP

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังทำ ERCP และประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม

4. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว

5. รายงานแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาคลายกังวลเพิ่มเติม

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น

- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน-ระหว่างและหลังทำ ERCP ได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาและความต้องการการดูแล ข้อที่ 3

มีอาการปวดท้องหลังรักษาด้วยวิธี ERCP จากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

- หลังกลับจากทำ ERCP 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ NRS = 8 คะแนน โดยมีอาการปวดแบบตื้อๆ และปวดร้าวไปที่หลัง กดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)

เป้าหมาย

- อาการปวดท้องลดลง NRS \leq 3 คะแนน
- หายจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
- ไม่เกิดภาวะติดเชื้อหรือช็อกจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการปวดร้าวไปที่บริเวณหลัง และอาการปวดและกดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant) พร้อมทั้งรายงานแพทย์
2. ดูแลให้ยาแก้ปวด fentanyl 30 mcg q 3 hrs พยาบาลบริหารยาแก้ปวดตามเวลา และประเมินความปวดซ้ำหลังได้ยาแก้ปวด 15-30 นาที
3. ดูแลจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) เช่น การฝึกการหายใจ การนวด และการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด
4. ติดตามอาการตัวเหลือง
5. ติดตามระดับอะไมเลส (serum amylase) และบิลิรูบินรวม (total bilirubin)
6. ติดตามสัญญาณชีพ ค่า NEWS และอาการแสดงของการติดเชื้อ พร้อมทั้งส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาแหล่งติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มเติม
7. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ ceftriazone 2 gm IV q 24 hrs พร้อมทั้งติดตามภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากยาฆ่าเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาฆ่าเชื้อมาก่อน โดยติดตามสอบถามอาการที่สำคัญคือ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก และหอบเหนื่อย
8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องงดอาหารและน้ำทุกชนิดต่อเนื่อง พร้อมทั้งประสานงานกับแพทย์เพื่อมาร่วมให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยวิธี ERCP

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยปวดท้องลดลง NRS 1-3 คะแนน
- หายจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
- ไม่เกิดภาวะติดเชื้อหรือช็อกจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

ปัญหาและความต้องการการดูแล ข้อที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำระหว่างทำ ERCP
- ผู้ป่วยอายุ 69 ปี มีอาการตามัวจากโรคเบาหวานขึ้นตา
- Morse fall scale: High risk

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวแรกรับหลังกลับจากสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ
นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒนะพันธ์

2. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม (Morse Fall Scale)

3. ดัดป้ายความเสี่ยงพลัดตก หกล้มหน้าห้องผู้ป่วยและป้ายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตก
หกล้มในห้องผู้ป่วย

4. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตก หกล้ม

5. ตรวจสอบผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

6. ปรับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุดพร้อมทั้งยกราวกันเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้นและล็อกล้อเตียงตลอดเวลา

7. เน้นย้ำบุคลากรในทีมร่วมป้องกันการพลัดตก หกล้ม

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม

การติดตามประเมินผล

จากกรณีศึกษา พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ให้ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรักษาด้วยวิธี ERCP ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยพยาบาลต้องทราบเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ค่าเกลือเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดที่ปลอดภัยจากการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการแก้ไข รวมทั้งการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังทำ ERCP โดยการเฝ้าระวังอาการแสดงเบื้องต้นและรับรายงานแพทย์ เพื่อการจัดการแก้ไขอย่างทันท่วงที รวมทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งจากการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้า

รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษาด้วยวิธี ERCP รวมทั้งญาติมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

จรรยาบรรณและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มีหลักจริยธรรมที่สำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล ประกอบด้วย จริยธรรม 6 หลักการ ดังนี้⁴⁷

1. การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจลงนามในหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่อง การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (informed consent) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงจากการรักษาด้วยวิธี ERCP แนวทางรักษาร่วม และอธิบายทางเลือกในการรักษาโดยได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนก่อนการตัดสินใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

2. การทำประโยชน์ (beneficence) ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะท่อน้ำดีอักเสบ ภาวะตับอ่อนอักเสบ อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการปวดท้องรุนแรงและเฉียบพลันบริเวณใต้ลิ้นปี่และชายโครงด้านขวา พยาบาลจึงต้องมีการเฝ้าติดตามและสังเกตอาการปวดท้องเพื่อจัดการอาการปวดและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3. การไม่ทำอันตราย (non maleficence) ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสูดสำลัก ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลจึงต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน-ระหว่างและหลังการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

4. ความยุติธรรม (justice) ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการรักษาด้วยวิธี ERCP ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวิสัยและอุปกรณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเบิกได้ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จ่ายค่าส่วนเกินสิทธิได้ พยาบาลดำเนินการประสานงานกับสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒนะพันธ์ และสิทธิประโยชน์เพื่อดำเนินการขออนุมัติให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เท่าเทียมกับผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่น ๆ

5. การบอกความจริง (veracity or truth telling) ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP ผู้ป่วยควรได้รับทราบความจริงทั้งหมดเกี่ยวกับ โรค การรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธี ERCP รวมทั้งแนวทางการรักษาหรือ

ทางเลือกอื่น ๆ โดยรับรู้ถึงประโยชน์และทางเลือกการรักษาแต่ละวิธี เพื่อที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจและเลือกรับบริการทางสุขภาพของตนเอง

6. ความซื่อสัตย์ (fidelity) หลักความซื่อสัตย์ ครอบคลุมถึงการรักษาสัญญา และการปกปิดความลับ พยาบาลมีพันธะหน้าที่ที่จะต้องรักษาสัญญา และปกปิดความลับของผู้ป่วย การที่พยาบาลรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ต้องการให้บุคคลในครอบครัวทราบว่าตนเป็นมะเร็งเนื่องจากไม่ยากให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล พยาบาลจึงจำเป็นต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องพึงระวังคำพูดระหว่างการดูแลโดยหลีกเลี่ยงการพูดคำว่ามะเร็งท่อน้ำดีแต่ใช้คำพูดอื่นแทน เช่น ท่อน้ำดีอุดตันจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้อง ยกเว้นหากมีกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายและแพทย์ต้องให้การรักษาและบุคคลในครอบครัวจำเป็นต้องรับทราบข้อมูล

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน

จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนพบว่า ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงขอเสนอแนะแนวทางการแก้ไขและพัฒนางาน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนาและข้อเสนอแนะ
1. การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลนี้ ยังไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอ	1.1 นำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 12 2.2 จัดทำแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP
2. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ยังไม่ได้รับการดูแลตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลนี้ยังไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเพียงพอ	2.1 ประสานงานกับทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 2.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 12 มีความรู้และเข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2.3 นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 12 2.4 จัดทำแนวปฏิบัติที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไขและพัฒนาและข้อเสนอแนะ
3. การวางแผนจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมการจัดการความปวดหลังเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอย่างเหมาะสม	3.1 ประสานงานกับทีมการจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 3.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเฉลิมพระบารมี 12 มีความรู้และเข้าใจแนวทางการวางแผนจำหน่ายเกี่ยวกับการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ โดยทีมการดูแลรักษาที่มีความรู้ความสามารถ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ โดยการศึกษาความรู้ใหม่ๆ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ที่ได้รับการพัฒนาในปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องมีการฝึกทักษะด้านการสังเกต การสื่อสาร การให้ข้อมูล การทำหัตถการต่าง ๆ โดยปฏิบัติงานภายใต้จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะก่อนและหลังทำหัตถการ สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังตามมา

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ERCP นั้น ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขา ทั้งทีมหน่วยสถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พันธุ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็ง พยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกและพยาบาลหน่วยผู้ป่วยใน ซึ่งต้องทำงานประสานส่งต่อกัน มีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งสิทธิประโยชน์ การเงิน เจ้าหน้าที่คลังเลือด เจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการการเจาะเลือดต่าง ๆ และรวมถึงบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทุกคนต้องทำหน้าที่ของตัวเองให้ดีที่สุด เพื่อเป้าหมายเดียวกัน คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะท้ายของชีวิต

บรรณานุกรม

1. Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, Heaton N, Karani J, Pereira SP, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update. *Gut* 2012; 61:1657-69.
2. Blechacz B. Cholangiocarcinoma: current knowledge and new developments. *Gut and Liver* 2017;11:13-26.
3. Kunyakham W, Mairiang P, Sangchan A, Sawadpanitch K. Comparison of quality of life in patients with hilar cholangiocarcinoma pre- and post-treatment. *Thai J Gastroenterol* 2015;16:10-5.
4. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายบริการพยาบาล. สถิติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2560. สงขลา: โรงพยาบาล; 2560.
5. วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ณรงค์ ชันดีแก้ว, ศิริ เชื้ออินทร์, เอก ปักเข็ม, ชูติมา ตลับนิล, โสพิศ วงศ์คำ. มะเร็งท่อน้ำดี: ประสบการณ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2555;27:331-9.
6. Ramírez-Merino N, Aix SP, Cortés-Funes H. Chemotherapy for cholangiocarcinoma: an update. *World J Gastrointest Oncol* 2013;5:171-6.
7. Du S, Liu G, Cheng X, Li Y, Wang Q, Li J, et al. Differential diagnosis of immunoglobulin G4-associated cholangitis from cholangiocarcinoma. *J Clin Gastroenterol* 2016;50:501-5.
8. Soares KC, Kamel I, Cosgrove DP, Herman JM, Pawlik TM. Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis, treatment options, and management. *Hepatobiliary Surg Nutr* 2014; 3:18-34.
9. van Delden OM, Laméris JS. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction. *Eur Radiol* 2008;18:448-56.
10. Inamdar S, Slattery E, Bhalla R, Sejpal DV, Trindade AJ. Comparison of adverse events for endoscopic vs percutaneous biliary drainage in the treatment of malignant biliary tract obstruction in an inpatient national cohort. *JAMA Oncol* 2016;2:112-7.
11. อرنันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. ว. การพยาบาลทหารบก 2557;15: 137-43.

12. Katsinelos P, Lazaraki G, Chatzimavroudis G, Gkagkalis S, Vasiliadis I, Papaeuthimiou A, et al. Risk factors for therapeutic ERCP-related complications:an analysis of 2,715 cases performed by a single endoscopist. *Ann Gastroenterol* 2014;27:65-72.
13. Tarnasky PR, Kedia P. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications: techniques to reduce risk and management strategies. *Gastrointest Interv* 2017; 6:37-53.
14. Aye-Soukhathammavong P, Vonghachack Y, Hatz C, Akkhavong K, Odermatt P. Suspected cases of cholangiocarcinoma seen in reference hospitals in Lao people's democratic republic. *Parasitol Int* 2017;66:510-4.
15. Yamagami M, Toda N, Kawamura S, Karasawa Y, Hayata Y, Ito D, et al. Characteristics and risk factors for aspiration pneumonia after ERCP. *Gastrointes Endosc* 2016;83:A257.
16. Bergquist A, von Seth E, Epidemiology of cholangiocarcinoma. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2015;29:221-32.
17. Vasilieva L, Papadhimitriou SI, Alexopoulou A, Kostopoulos I, Papis K, Pavlidis D, et al. Clinical presentation, diagnosis, and survival in cholangiocarcinoma: a prospective study. *Arab J of Gastroenterol* 2016;17:181-4.
18. Cholangiocarcinoma [Internet]. [cited 2016 Jan 17]. Available from: <http://daily.bangkokbiznews.com/detail/235157>
19. Tyson GL, El-Serag HB. Risk factors of cholangiocarcinoma. *Hepatology* 2011;54: 173-84.
20. Poomphakwaen K, Promthet S, Kamsa-ard S, Vatanasapt P, Chaveepojnkamjorn W, KlaewklaJ, et al. Risk factors for cholangiocarcinoma in KhonKaen, Thailand: a nested case-control study. *Asian Pac j Cancer Prev* 2009;10:251-8.
21. Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P, Pientong C, Ekalaksananan T, Chopjitt P, et al. Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms. *Cancer Epidemiol* 2012;36:e89-94.
22. Doherty B, Nambudiri VE, William, Palmer CP. Update on the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma. *Curr Gastroenterol Rep* 2017;19:2. doi. 10.1007/s11894-017-0542-4. PubMed PMID: 28110453.

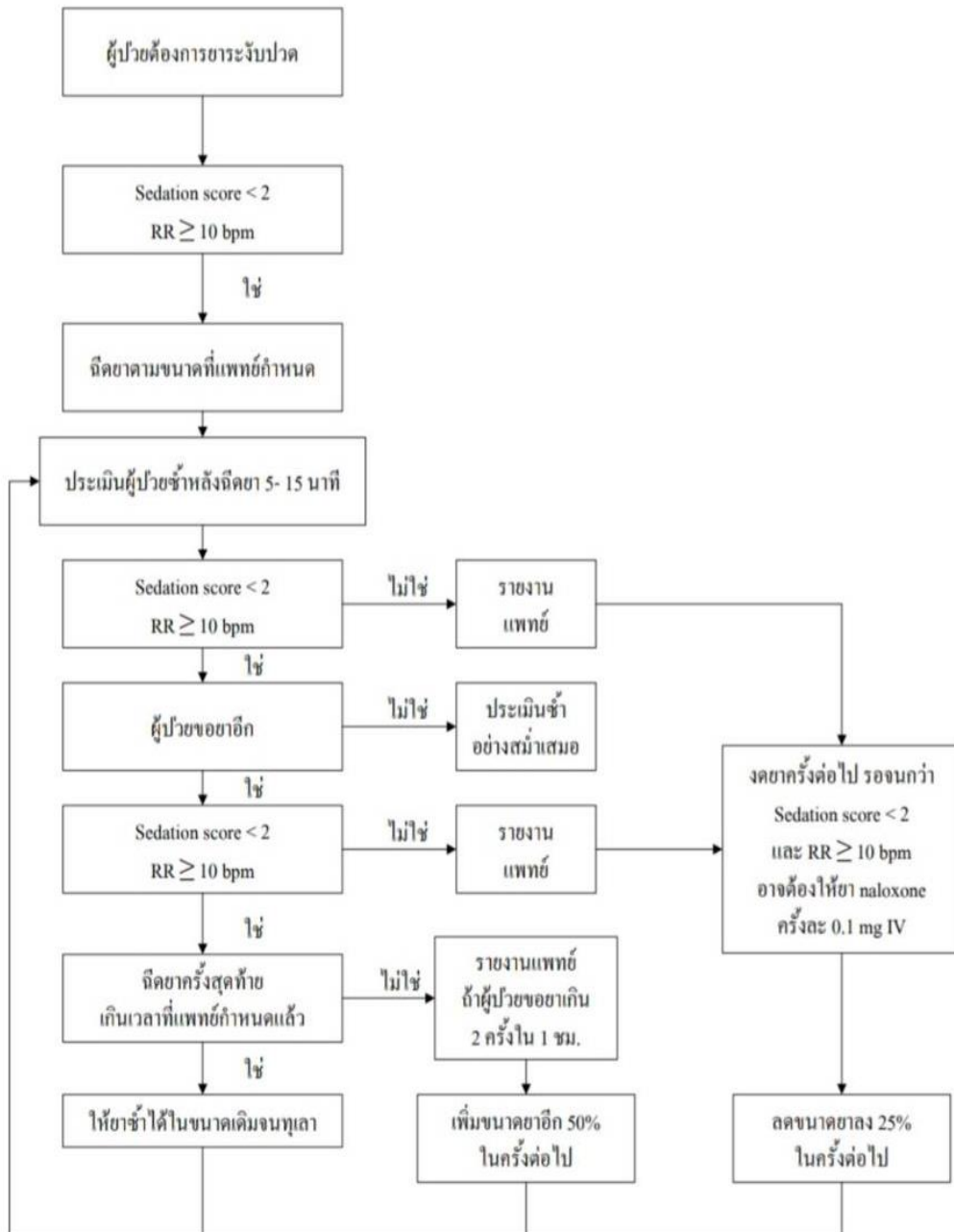
23. Bile duct anatomy [Internet]. [cited 2017 Jan 13]. Available from: <http://www.cca.in.th/th/index.php/about-cca>
24. Ramacciato G, Nigri G, Bellagamba R, Petrucciani N, Ravaioli M, Cescon M, et al. Univariate and multivariate analysis of prognostic factors in the surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma. *Am Surg* 2010;76:1260-8.
25. Buettner S, Margonis AG, Kim Y, Gani F, Ethun GC, Poultsides G, et al. Conditional probability of long-term survival after resection of hilar cholangiocarcinoma. *HPB (Oxford)* 2016;18:510-7.
26. Stein A, Arnold D, Bridgewater J, Goldstein D, Jensen HL, Klumpen HJ, et al. Adjuvant chemotherapy with gemcitabine and cisplatin compared to observation after curative intent resection of cholangiocarcinoma and muscle invasive gallbladder carcinoma (ACTICCA-1 trial) - a randomized, multidisciplinary, multinational phase III trial. *BMC Cancer* 2015;15:564. doi 10.1186/s12885-015-1498-0. PubMed PMID: 26228433.
27. Chen SC, Chen MH, Li CP, Chen MH, Chang PM, Liu CY, et al. External beam radiation therapy with or without concurrent chemotherapy for patients with unresectable locally advanced hilar cholangiocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2015;62:102-7.
28. Adler DG, Lieb JG, Cohen J, Pike IM, Park WG, Rizk MK, et al. Quality indicators for ERCP. *Gastrointest Endosc* 2015;81:54-66.
29. Moon JH, Rerknimitr R, Kogure H, Nakai Y, Isayama H. Topic controversies in the endoscopic management of malignant hilar strictures using metal stent: side-by-side versus stent-in-stent techniques. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2015;22:650-6.
30. Saleem A, Leggett C, Murad MH, Baron TH. Meta-analysis of randomized trials comparing the patency of covered and uncovered self-expandable metal stents for palliation of distal malignant bile duct obstruction. *Gastrointestinal Endo* 2011; 74:321-7.
31. อัจฉรา เมธเศรษฐ์, วิจารณ์ พงษ์พานิช, ธวัชชัย อัครวิพุธ, สมชาย สีสากุลวงษ์, วิรุณ บุญนุช, วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, และคนอื่นๆ. ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการใส่ท่อระบายน้ำตีชนิดพลาสติกผ่านกล้อง. *Siriraj Medic J* 2549;58:640-3.

32. สมชาย อมรโยธิน. การระงับความรู้สึกนอกห้องผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/Sutisa/Downloads/AnesthOutsidetheOperatingRoomMedTime.pdf>
33. oropharynx anatomy [Internet]. [cited 2014 Aug 19]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1053>
34. Bizer E. ERCP: indication contraindications equipment cases [Internet]. 2009 [cited 2017 May 17]. Available from: <https://louisville.edu/medicine/departments/medicine/divisions/gimedicine/physician-resources/lectures/procedures/ercp-lecture-2009>
35. Chennat J. Indications for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Techniq Gastrointest Endosc* 2012;14:130-4.
36. Nakeeb AE, Hanafy EE, Salah T, Atef E, Hamed H, Sultan AM, et al. Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: risk factors and predictors of severity. *World J Gastrointest Endosc* 2016;8:709-15.
37. Baillie J. Endoscopic therapy in acute recurrent pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2008;14:1034-7.
38. Wadhwa V, Garg SK, George J, Anand V, Sanaka MR. Outcomes and complications of ERCP: results from a national inpatient database. *Gastroendot Endosc* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 10];83:AB253. Available from: [www.giejournal.org/article/S0016-5107\(16\)00626-X/fulltext](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(16)00626-X/fulltext)
39. สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับนันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒนะพันธุ์. การส่องกล้อง ERCP [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkcpsu.org/new/index.php/service/procedure/10-endoscopic-retrograde-cholangio-pancreatography-ercp>
40. Mayer J, Tacher V, Novelli L, Djabbari M, You K, Chiaradia M, et al. Post-procedure bleeding in interventional radiology. *Diagn Interv Imaging* 2015;96:833-40.
41. สุรัชย์ ศิริพรอดุลศิลป์, นิสิต ตงศิริ, เลิศรัช วงศ์ราช, อภิชาติ พิริยการนนท์, สมชาย เรื่องวรรณศักดิ์, นครทิพย์สุนทรศักดิ์. ผลการรักษาด้วยวิธี endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Khon Kaen Mecal J* [Internet]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2561]:35-9. เข้าถึงได้จาก <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.895.7346&rep=rep1&type=pdf>

42. Goenka MK, Goenka U. Palliation: hilar cholangiocarcinoma. *World J Hepatol* 2014;6:559-69.
43. Bertani H, Frazzoni M, Mangiafico S, Caruso A, Manno M, Mirante VG, et al. Cholangiocarcinoma and malignant bile duct obstruction: a review of last decades advances in therapeutic endoscopy. *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7:582-92.
44. Aujla UI, Ladep N, Lee HL, Noorullah O, Dwyer L, Stern N, et al. Effectiveness of endoscopic retrograde cholangiopancreatography for palliative biliary drainage in patients with inoperable hilar cholangiocarcinoma and its impact on survival. *Gut* 2015;64:A1-584.
45. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็ง. ใน: วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, บรรณาธิการ. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554. หน้า 125-241.
46. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายบริการพยาบาล. นโยบายและแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ปี 2560. สงขลา: โรงพยาบาล; 2560.
47. สภาการพยาบาล. คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุดทองการพิมพ์; 2558.

ภาคผนวก ก

แนวทางในการบริหารยาในกลุ่ม opioids แบบฉีดทางหลอดเลือดดำ



หมายเหตุ RR = respiratory rate หากลดลงน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ง่าย
Sedation score 0 – 3
(0 = รู้สึกตัวดี, 1 = ง่วงเล็กน้อย, 2 = ง่วงปานกลาง, 3 = ง่วงมาก, S = นอนหลับปกติ)

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ	ปี
H.N.	Ward/OPD	

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย

รหัสแพทย์ วันที่

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

 ยา ผ่าตัด วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย อื่นๆ

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์

(นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการ

เปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล

โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ

คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ ผู้ป่วยให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม

(.....)

เกี่ยวข้องกับ บิดา มารดา ผู้ปกครอง อื่นๆ ของผู้ป่วย

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ

ข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ

ลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่

..... ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 2 วันที่

..... ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 3 วันที่

..... ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 4 วันที่

..... ตามรายละเอียดแบบ.....

ลายเซ็น

ลายเซ็น

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มการสั่งใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สถาบันโรคทางเดินอาหารและตับ
 นันทนา-เกรียงไกร โชติวัฒน์พะพันธุ์

นอ.391.8/ วันที่ งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แบบฟอร์ม การสั่งใช้วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ สถาบัน NKC หน้า 1/1 ฉบับที่ : B

391.8-00-F-016 วันที่ 23 เม.ย. 2560 ฉบับที่

ผู้จัดทำ งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย / NKC ผู้รับรอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ควบคุม ไม่ควบคุม

ส่วนที่ 1 บันทึกโดยแพทย์ / หน่วยบริการ รับบริการประเภท OPD IPD ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

กรอบวงเงินสนับสนุน 1. ผู้ยากไร้เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญของภาควิชา 2. ผู้ยากไร้เพื่อการเรียนการสอน 3. ผู้ยากไร้เพื่อการรักษาพยาบาลที่จำเป็น

การรักษา	รายการรักษา/วัสดุ อุปกรณ์	จำนวน	reuse	ของใหม่	Instrument	ส่วนต่าง
<input type="checkbox"/> 1. ใส่ท่อระบายน้ำดี (กรณีท่อน้ำดีตีบ) <input type="checkbox"/> 2. ตึงน้ำ ขบนิ้ว (รายที่มีความยุ่งยากซับซ้อน) <input type="checkbox"/> 3. ตึงน้ำ (รายที่ไม่ซับซ้อน) <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ(ระบุ)	<input type="radio"/> 1. (71570) ERCP treatment		9,120			
	<input type="radio"/> 2. (72940) Fluoroscope		4,080			
	<input type="radio"/> 3. (71545) EUS		8,760			
	<input type="radio"/> 4. (72999) ค่าบริการ Lithotripsy (ไม่รวมอุปกรณ์)		840			
	<input type="radio"/> 5. (72999) ค่าบริการ stone Extraction		840			
	<input type="radio"/> 6. (72999) ค่าบริการ sphincterotomy		1,200			
	<input type="radio"/> 7. (72999) ค่าบริการถ่ายขยายท่อน้ำดีในน้ำดี		840			
	<input type="radio"/> 8. (72999) ค่าบริการใส่สายท่อระบายน้ำดี Biliary Stent		840			
	<input type="radio"/> 9. (5301) อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)		750	3,000	4,500	
	<input type="radio"/> 10. (5302) ท่อระบายน้ำดีชนิดพลาสติก (Biliary Stent)		-	2,100	1,300	
วินิจฉัยโรค/เหตุผลข้อบ่งชี้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	<input type="radio"/> 11. (5303) ท่อระบายน้ำดีชนิดโลหะ (Biliary Stent)		-	25,100	20,000	
	<input type="radio"/> 12. (5306) สายบอลลูนขยายท่อน้ำดีหรือท่อตับอ่อนผ่านกล้อง		1,700	6,800	5,500	
	<input type="radio"/> 13. (5307) ชุดใส่ท่อระบายน้ำดี/ท่อตับอ่อน ชนิดพลาสติก (Plastic biliary/pancreatic stent insertion kit)		900	3,500	3,500	
	<input type="radio"/> 14. (5401) แปรงเก็บเซลล์ในท่อน้ำดีแบบมีสายนำ (Brush cytology catheter)			5,500	2,700	
	<input type="radio"/> 15. (5402) สายนำทางสำหรับสายดีดิลี (ERCP guide wire)		1,550	6,050	5,500	
	<input type="radio"/> 16. (5403) สายบอลลูนตึงน้ำ (Balloon stone extraction)		1,400	5,550	4,300	
	<input type="radio"/> 17. (5404) ตะกร้อลากน้ำในท่อน้ำดี (Biliary stone retrieval basket)		2,800	11,100	6,000	
	<input type="radio"/> 18. (5405) ตะกร้อขบนิ้ว (Mechanical Lithotripter basket)		2,800	11,100	9,000	
	<input type="radio"/> 19. (5406) สายตัดรูเปิดน้ำดี/ตับอ่อน (Sphincterotome)		1,550	6,050	5,500	
	<input type="radio"/> 20. (5707) ท่อถ่ายขยายหลอดอาหารแบบมีหรือไม่มีเมมเบรนหุ้ม (Esophageal Stent)		1,700	2,700	25,000	
<input type="radio"/> 21. (5707) ท่อถ่ายขยายหลอดอาหารแบบมีหรือไม่มีเมมเบรนหุ้ม (Duodenal Stent)			31,900	25,000		
สิทธิหลักประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม..... <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ผู้ยากไร้/ด้อยโอกาส <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<input type="radio"/> 22. (5708) ท่อถ่ายขยายลำไส้ใหญ่ชนิดโลหะ (Colonic Stent)			31,700	32,000	
	<input type="radio"/> 23. (5203) เข็มเจาะดูดเนื้อเยื่อผ่านกล้องส่องตรวจชนิดอัลตราซาวด์ (EUS-FNA)			6,600	8,000	
	<input type="radio"/> 24. ERCP Cannula			2,700		
	<input type="radio"/> 25. Guide wire					
	<input type="radio"/> 26. ยา Lipiodol					
	<input type="radio"/> 27. Histoacryl					
	<input type="radio"/> 28. เข็มฉีด				2,550	
ลงชื่อ..... แพทย์ผู้สั่ง	<input type="radio"/> 29. ค่าบริการฉีดดาว					
	<input type="radio"/> 30. อื่น ๆ					
รวม						

หมายเหตุ * หมายถึงอุปกรณ์ อัตราส่วนต่าง บาท ร่วมบริจาค..... บาท (ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ เลขที่.....)
 ให้การช่วยเหลือ บาท
 ขอสนับสนุนจากมูลนิธิ รพ.มอ. / แหล่งเงินทุน บาท

ส่วนที่ 2 บันทึกโดยงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย
 (ลงชื่อ)..... วันที่/...../.....

ส่วนที่ 3 ความเห็นผู้บริหารโรงพยาบาล อนุมัติ ไม่อนุมัติ อื่น ๆ
 (ลงชื่อ)..... วันที่/...../.....

ภาคผนวก จ

หลักฐานผู้ป่าว

ข้าพเจ้ามีเอกสารหลักฐานประกอบพร้อมเอกสารหลักฐานโดยบุคคลในชั้นเรียนเอกสารหรือสำเนาเอกสารต่างๆ ของสิทธิ์
คณะกรรมการกลาง สภาวิทยาลัยสงฆ์คาทอลิกแห่งประเทศไทย

ใบนี้ใช้กับเรียนสอน.....

ข้าพเจ้า ราชบัณฑิตยสถาน..... นายทูล..... ใบนี้ขอสมัครเรียนวิชา
ผู้เรียนชื่อ นายวิชาญ วิชาญ..... นามสกุล..... ชั้นเรียนวิชา..... ชั้นเรียนวิชา..... ชั้นเรียนวิชา.....
และขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....

ก่อนเรียนขอเรียนในชั้นเรียนนี้ ข้าพเจ้าได้เรียนจาก..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....
ได้เรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....

- * วิธีการใช้ใบเรียนขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....
- * การไปเรียนขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....
- * วิธีการขอเรียนต่อที่โรงเรียน..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....

- ปฏิบัติหน้าที่ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....
- ปฏิบัติหน้าที่ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....
- ปฏิบัติหน้าที่ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย..... ขอเรียนต่อที่โรงเรียน.....

ข้าพเจ้ามีเอกสารหลักฐานประกอบพร้อมเอกสารหลักฐานโดยบุคคลในชั้นเรียนเอกสารหรือสำเนาเอกสารต่างๆ ของสิทธิ์
คณะกรรมการกลาง สภาวิทยาลัยสงฆ์คาทอลิกแห่งประเทศไทย


ข้าพเจ้ามีเอกสารหลักฐานประกอบพร้อมเอกสารหลักฐานโดยบุคคลในชั้นเรียนเอกสารหรือสำเนาเอกสารต่างๆ ของสิทธิ์
คณะกรรมการกลาง สภาวิทยาลัยสงฆ์คาทอลิกแห่งประเทศไทย

เลขที่..... เลขที่.....
(.....) (.....)
ชื่อ..... ชื่อ.....
เลขที่..... เลขที่.....
(.....) (.....)
ชื่อ..... ชื่อ.....

๒๕.....

ภาคผนวก จ

ใบรายงานผลการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP Report)



NKC
Institute of
Gastroenterology
and Hepatology

ERCP Report

[NKC INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY]

NAME :	AGE: 73	AN :	
HN :	SEX : Male	Ward :	

FINANCIAL : ต้นเงินทด หรือเบิกจ่ายตรง

ENDOSCOPIST : Dr. Teepawit Witeerungrot

CONSULTANT : Dr. Teepawit Witeerungrot

NURSE-1 : Ms. Jarawan Junmit

NURSE-2 : Ms. Supis Nurit

ANESTHESIST :

DATE/TIME : 30/10/2560 17:35:44 to 18:16:05

INSTRUMENT : OLYMPUS Video Duodenoscope TJF-Q180V S/N: 2506227

ANESTHESIA : IV sedation

INDICATION : Ascending cholangitis

MEDICATION : Propofol 200 mg., Midazolam 3 mg., Pethidine 40 mg.

PRE-DIAGNOSIS (Dx1) : - Ascending cholangitis

BRIEF HISTORY : -

CONSENT : The nature and possible complications of the procedure were outlined to the patient. A consent form has been obtained from the patient and alternative method of investigation has been discussed with the patient. The patient was monitored for blood pressure, heart rate and oxygen saturation during the procedure.

PROCEDURE DESCRIPTION : The ERC was done after conscious sedation and supine positive. the scope was passed to descending duodenum. Pus was flowed from ampulla around the previous stent. Snare catheter was used to remove the stent. Then sphincterotomy catheter was used to biliary cannulate to Lt IHD and Rt IHD. Air was injected into Rt IHD to confirm airogram. Afterthat HBDC No. 7, 8.5 and 10 Fr was used to dilation the proximal IHD. No 7 and 8.5 Fr could pass through the stricture site but failed with 10 Fr due to tight stricture. Two stent 7 Fr 15 cm were placed in Lt and Rt IHD.

FINDINGS #

DUODENUM : Normal

PAPILLA MAJOR : Normal

PAPILLA MINOR : Normal

CHOLANGIOGRAM : Hilar stricture with Lt IHD and Rt IHD dilatation

PANCREATOGRAM : -

DIAGNOSTIC CATEGORIES : - Fluid aspiration

THERAPEUTIC : - Biliary stent (Internal Plastic), CBD dilatation (Catheter)

POST-DIAGNOSIS (Dx1) : - Hilar stricture with ascending cholangitis

COMPLICATION : No immediate complication

HISTOPATHOLOGY : Not done

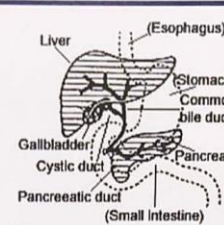
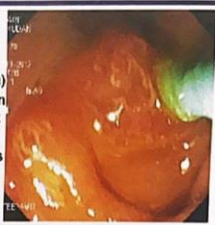




RECOMMENDATION : Fluid aspiration for culture

NOTES/COMMENTS : -

SIGNATURE _____

ศกานัน ไร่กระบวนทางคินอาหารและตับอ่อน นันทนา-เกียรติกร ใจดีวิริยะพันธุ์
ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ๓, ยะลาใหญ่ ๕, สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-431983-9, โทรสาร 074-429436 WWW.NKC-PSU.ORG

BILIARY TRACT



ERCP Report

[NKC INSTITUTE OF GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY]

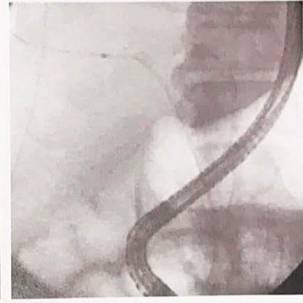
NAME [REDACTED] AGE: 73 AN : [REDACTED]
HN [REDACTED] SEX : Male Ward [REDACTED]



F



G



H



I



J

INTERPRETATION :



SIGNATURE _____

สถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ นันทนา-กรวิงไกล โชติวัฒนะพันธุ์
ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-451965-9, โทรสาร 074-429436 WWW.NKC-PSU.ORG

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางศลิษา สุภชัยพานิชพงศ์
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 26 มกราคม 2525
สถานที่เกิด	อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
ที่อยู่ปัจจุบัน	189 หมู่ที่ 10 ตำบลปริก อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12 ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ E-mail address: su.piyatida@gmail.com
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2547 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลปฏิบัติการ